

Komulainen Niina

Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutus käynteihin ja kontakteihin Case Kainuun Omasote

Insinööri (YAMK)

Kevät 2016



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TIIVISTELMÄ

Tekijä(t): Komulainen Niina

Työn nimi: Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutus käynteihin ja kontakteihin; Case Kainuun Omasote

Tutkintonimike: Insinööri (YAMK)

Asiasanat: sähköinen asiointipalvelu, sosiaali- ja terveydenhuolto, omahoito, vaikutusten mittaaminen, mittari

Väestön ikääntyminen aiheuttaa lähitulevaisuudessa sekä terveyspalveluiden kustannusten nousun, että kroonisen työvoimapulan, ellei rakenteellisia uudistuksia tehdä. Yksi keino ratkaista näitä ongelmia on sähköisten omahoitopalveluiden kehittäminen. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymällä on otettu käyttöön sähköinen asiointipalvelu Kainuun Omasote, jota käytetään myös omahoitopalveluna. Organisaatiossa on noussut esiin, että palveluja käyttöönotettaessa pitäisi pystyä osoittamaan palvelusta saatava hyöty nykyiseen toimintaan verrattuna.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka Kainuun Omasoten käyttö on vaikuttanut asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään sekä löytää uuden palvelumuodon käytön vaikutusta kuvaava mittari. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin kansanterveyshoitajien asiakkaat, koska heillä on pitkäaikaissairauksia ja he käyttävät paljon terveyspalveluja. Kansanterveyshoitajat kirjaavat potilastietojärjestelmään käynnit sekä puhelin- ja sähköisen palvelun kontaktit, jolloin tutkimusta varten tarvittavaa dataa oli käytettävissä.

Tutkimuksen ensimmäinen osa toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena rekisteritutkimuksena, jossa aineisto kerättiin kahdesta asiakastietojärjestelmästä. Tutkimuksen toinen osa toteutettiin aineistotutkimuksena, jossa selvitettiin sähköisten asiointipalveluiden kytkeminen Kainuun soten strategiaan tavoitteisiin. Tutkimustulosten perusteella pyrittiin löytämään mittari, joka tukee strategian toteutumista hyödynnettäessä sähköisiä asiointipalveluita.

Tutkimustulosten mukaan Kainuun Omasoten käyttöönotto ei ole vähentänyt terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja puhelinkontaktien määrää, mutta Kainuun Omasotea käyttävien henkilöiden kohdalla sekä käyntien että puhelinkontaktien määrä on vähentynyt 23 %. Puhelin- ja sähköisen asiointipalvelun kontaktit yhteenlaskettuna kontaktien määrä on vähentynyt 4,8 %. Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutuksen yhtenä mittarina voidaan pitää palveluiden käytön muutosta. Luotettavan tiedon saamiseksi mittarissa käytettävät tiedot täytyy poimia sekä sähköisen asiointipalvelun että potilas- tai asiakastietojärjestelmän datasta.

ABSTRACT

Author(s): Komulainen Niina

Title of the Publication: The Impact of the Electronic Service on Visits and Contacts: Case Kainuun Omasote

Degree Title: Master of Engineering, Technology Competence Management

Keywords: electronic service, social and health care, self-care, measuring of impacts, indicator

Aging of population will lead to increament of costs and chronic labor shortage in health care services, without structural reform, in the near future. One way to solve these problems is to developed electronic self-care services. In Kainuu Social and Health Care Joint Authority it has been recently begun to use an electronic service called Kainuun Omasote, which is also used as a self-care service. It has been brought up in the organisation that when initiate new services their benefit compared to the current activity should be able to be indicated.

The aim of this study is to find out how the use of Kainuun Omasote has affected amount of visits and contacts of clients and to find an indicator which describe impact of usage of new service method. Target group of this study consist of the clients of primary care nurses, because many of them have chronic diseases and they use considerably health services. Primary care nurses have registered visits and both phone and electronic contacts, which have provided available data for the study.

First part of this study is quantitative for which the data has been gathered from two client data bases. Second part focuses on data, from which it was studied how the electronic services will be attached to the strategy of Kainuu Social and Health Care Joint Authority. Results of this study help to find measure theory, which support the strategy when utilising electronic services.

According to results, use of Kainuun Omasote service has not decreased amount of visits and contacts of all clients of nurses in Health Care Centres. However among them who have used Kainuun Omasote, visits and phone contacts have decreased by 23 %. Phone and electronic contacts together have decreased by 4,8 %. The change in use of services can also considered as an indicator of an impact of usage of electronic services. For reliable results the information used for measurement must be gathered from both electronic service- and patient- and client data bases.

ALKUSANAT

Opinnäytetyöni aihealueet olivat selvillä jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Sähköiset asiointipalvelut ja tiedolla johtaminen ovat mielenkiintoni kohteita ja halusin tehdä tutkimukseni kyseisiin aiheisiin liittyen. Vaikeinta tutkimuksen tekemisessä oli mielestäni aiheen rajaaminen. Olisin niin mielelläni halunnut tutkia monia erilaisia asioita ja kehittää hienoja mittaristoja. Kun vihdoinkin ymmärsin, kuinka pieni siivu siitä kaikesta haluamastani on opinnäytetyöksi riittävä, pääsin työssäni etene-
mään.

Suuret kiitokset yliopettaja Arto Karjalaiselle työn ohjaamisesta. Jo heti alkuvaiheessa autoit merkittävästi työn rajaamisessa, kun sait minut käsittämään, kuinka laajaa työtä olin aikeissa tehdä. Tutkimuksen tekemiseen sain ohjausta aina haluessani ja pääsin näin työssä sujuvasti eteenpäin. Kiitos myös perheelleni kärsivällisyydestä koko opintojen ja etenkin opinnäytetyön tekemisen ajan. Yhteinen aika on jäänyt vähäiseksi, mutta onneksi tämä on ohi menevää. Nyt on aika hengähtää opintojen osalta ja käyttää hyödyksi kaikkea uutta oppimaani.

-Niina-

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	2
2.1 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä	3
2.2 Käsitteet	4
2.2.1 Sähköinen asiointi	4
2.2.2 Sähköiset asiointipalvelut	4
2.2.3 Omahaito.....	5
3 SÄHKÖISET ASIOINTIPALVELUT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA6	
3.1 Kansallisesti tarjottavat sähköiset asiointipalvelut	6
3.2 Kainuun soten tarjoamat sähköiset asiointipalvelut	7
3.3 Sähköisten asiointipalveluiden käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa .	8
3.4 Sähköiset asiointipalvelut omahoidon tukena.....	9
4 KAINUUN OMASOTE	12
4.1 Kainuun omahoitopalvelun pilotointi	12
4.2 Kainuun Omasoten käyttöönotto ja käyttö	13
4.3 Kainuun Omasoten palvelut	15
4.3.1 Omien hyvinvointitietojen ylläpitäminen.....	16
4.3.2 Yhteydenpito sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin.....	17
4.3.3 Hyvinvointitiedon hakeminen.....	18
5 SÄHKÖISTEN ASIOINTIPALVELUIDEN VAIKUTUSTEN MITTAAMINEN.....	19
5.1 Sähköiset asiointipalvelut Kainuun soten visiossa ja strategiassa	19
5.2 Mittaamisen tarkoitus	20
5.3 Vaikuttavuuden mittaaminen	21
5.4 Mittaamisen haasteet	22
5.5 Mittareiden laatiminen	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
6.1 Tutkimusongelmat ja teoreettinen viitekehys.....	26
6.2 Tutkimusmetodologia	28
6.3 Kohderyhmän valinta.....	29
6.4 Aineiston keruu.....	30

6.5 Aineiston käsittely.....	31
6.6 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
7 TUTKIMUSTULOKSET	34
7.1 Kainuun Omasoten käyttö	34
7.2 Sähköisen asiointipalvelun käyttöönoton vaikutus terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään ...	36
7.3 Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutus Omasotea käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään.....	37
7.3.1 Käyntimäärien muutos ikäluokittain	39
7.3.2 Puhelinkontaktien määrän muutos	39
7.3.3 Omasoten itsenäisen käytön vaikutus puhelinkontaktien määrään	40
7.4 Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta kuvaava mittari	42
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	44
8.1 Kainuun Omasoten käyttöönoton ja käytön vaikutus käyntien ja kontaktien määrään.....	44
8.2 Vaikutusten mittaaminen	45
8.3 Tilastointitiedon kirjaamisen puutteet	46
8.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	47
9 YHTEENVETO	48
LÄHTEET	50
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto on tähän mennessä hyödyntänyt vain vähän sähköisten asiointipalveluiden käyttöä yhtenä palvelumuotona. Nykyiseen hallitusohjelmaan on yhdeksi kärkihankkeeksi kirjattu julkisten palveluiden digitalisointi, jonka myötä myös sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiointipalvelujen tarjonta tulee lisääntymään.

Sähköisiä asiointipalveluja käyttöön otettaessa pitäisi pystyä osoittamaan niiden tuoma hyöty aikaisempaan toimintaan verrattuna. Se voi olla asiakkaiden tai ammattilaisten kokema hyöty, tuottavuuden lisääntyminen tehostuneina palveluprosesseina, taloudellinen säästö tai kansalaisten hyvinvoinnin parantuminen. Jotta sähköisen palvelun käytöstä saadaan mahdollisimman suuri hyöty, tulee palvelua käyttöönotettaessa tarkastella myös palveluprosesseja ja tarvittaessa muuttaa niitä. Ilman toimintatavan muutosta palvelun käyttöönotto lisää usein vain henkilöstön työmäärää.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on käytössä Kainuun Omasote (myöhemmin myös Omasote), joka on selainpohjainen sähköinen asiointipalvelu. Omasotessa voi muun muassa ylläpitää omia hyvinvointi- ja terveystietojaan sekä viestiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Palvelun tavoitteena on tukea kainuulaisia ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnista ja terveydestä sekä parantaa peruspalveluiden saavutettavuutta tarjoamalla vaihtoehtoinen palvelukanava käynnin ja puhelinkontaktin rinnalle.

Tämän tutkimuksen pääongelmana on kuinka Kainuun Omasote –palvelun käyttö on vaikuttanut käyntien ja puhelinkontaktien määrään. Tutkimuksessa tarkastellaan Kainuun Omasoten käyttöönoton ja käytön vaikutusta terveysaseman hoitohenkilöstön vastaanoton kaikkien asiakkaiden sekä Kainuun Omasotea käyttäneiden kansanterveyshoitajien asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään. Lisäksi pyritään löytämään sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta käyntien ja kontaktien määrään osoittava mittari.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Terveysshyötymalli (The Chronic Care Model, CCM) on yhdysvaltalaisen Edward H. Wagnerin ja kumppaneiden kehittämä malli (Muurinen & Mäntyranta 2010, 6). Kehittämisen taustalla on havainto, että perusterveydenhuolto ei tulevaisuudessa pysty nykyisellä toimintatavalla vastaamaan kroonisia sairauksia sairastavien kasvavaan hoidon tarpeeseen (Tuura, Holappa, Huttunen & Pekkala 2010, 5). Omahoito ja tietojärjestelmien tehokas käyttö ovat osa terveysshyötymallia. Sähköisten asiointipalveluiden avulla voidaan muun muassa tukea pitkäaikaissairaiden omahoitoa, jonka on todettu lisäävän terveysshyötyä ja vähentävän näin terveydenhuollon palveluiden tarvetta. (Muurinen & Mäntyranta 2010, 6)

Valtiovarainministeriö käynnisti vuonna 2010 Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelman (SADe), jonka tarkoituksena oli tuottaa kansalaisten, yritysten ja viranomaisten käyttöön asiakaslähtöisiä ja yhteen toimivia sähköisiä palvelukokonaisuuksia, jotka vahvistavat julkisen sektorin kustannustehokkuutta ja laatua. SADe-ohjelma kuului edellisen hallituksen kärkihankkeisiin ja se kesti vuoden 2015 loppuun. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden kehittämisestä vastasi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjelman tavoitteena oli sähköisten palveluiden avulla tukea kansalaisen oman terveyden hallintaa ja itsehoitoa sekä tehostaa palveluiden toteutusta sähköisen viestinvälityksen avulla. Tavoitteena oli myös helpottaa palveluiden löytämistä ja niihin hakeutumista sekä lisätä kansalaisen vaikutusmahdollisuuksia palveluiden suunnitteluun. (THL 2016)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon -kuntayhtymässä (Kainuun sote) sähköisiä asiointipalveluja on otettu vähitellen käyttöön vuodesta 2009 alkaen. Organisaatiossa on noussut esiin, että sähköisiä asiointipalveluja käyttöönotettaessa pitäisi pystyä osoittamaan niistä saatava hyöty nykyiseen toimintaan verrattuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä asiointipalveluista saatavaa hyötyä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Se voi olla asiakkaiden tai ammattilaisten kokema hyöty, tuottavuuden lisääntyminen tehostuneina palveluprosesseina, resurssien vapautuminen muihin tehtäviin, taloudellinen säästö tai kansalaisten hyvinvoinnin parantuminen.

1.7.2014 otettiin käyttöön Kainuun Omasote, joka on kansalaisten sähköinen asiointipalvelu oman hyvinvointitiedon ylläpitämiseen, luotettavan terveystiedon saamiseen sekä yhteydenpitoon sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Palvelu otettiin alkuvaiheessa käyttöön kansanterveystyössä, neuvoloissa sekä aikuissosiaalityössä. Palvelua laajennetaan vaiheittain niin tarjottavien palveluiden kuin Kainuun soten toimipaikkojen osalta. (Kainuun sote 2016b)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, kuinka Omasoten käyttöönotto ja käyttö on vaikuttanut terveysaseman hoitohenkilöstön asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään sekä laatia sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta kuvaava mittari.

2.1 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) on perustettu 1.1.2013, kun Kainuun maakunta -kuntayhtymän hallintokokeilu päättyi. Kainuun sote tuottaa jäsenkuntiensa Hyrynsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut lasten päivähoitoa lukuun ottamatta sekä henkilöstö-, talous- ja tietohallinnon palveluja. Puolangalla Kainuun sote vastaa erikoissairaanhoidosta ja ympäristöterveydenhuollosta. Kuntayhtymä työllistää noin 3 300 henkilöä. (Kainuun sote, 2016a)

Kainuun sote on jaettu seitsemään tulosalueeseen; hallinto, terveyden- ja sairaudenhoidon palvelut, sairaanhoidon palvelut, vanhuspalvelut, perhepalvelut, ympäristöterveydenhuolto ja keskitetyt yhteiset tukipalvelut. Terveysasemien vastaanottotoiminta, jossa kansanterveyshoitajat työskentelevät, kuuluu terveyden- ja sairaudenhoidon palveluiden tulosalueeseen. (Kainuun sote, 2016a)

2.2 Käsitteet

2.2.1 Sähköinen asiointi

Tekniikan sanastokeskuksen (2008) mukaan sähköisellä asioinnilla tarkoitetaan asioiden hoitamista tietoverkon palveluiden avulla. Sähköisen asioinnin viitearkkitehtuurissa (2013, 42) sähköisellä asioinnilla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa asiakas hoitaa asiaansa julkishallinnon viranomaisen kanssa käyttäen tietoverkkoa. Asiointi tapahtuu käyttäen asiakkaan käyttöliittymää, joka on yhteydessä viranomaisen sähköiseen palveluun. Palvelutapahtumaan voi liittyä myös ei-sähköisiä vaiheita sekä asiointia useamman palvelun tuottajan kanssa, mutta asiointi säilyy kuitenkin eheänä. Sähköiseen asiointiin eivät kuulu palveluorganisaation taustaprosessit.

Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa (13/2003) määrittelee sähköisen tiedonsiirtomenetelmän, sähköisen viestin ja sähköisen asiakirjan. Sähköisellä tiedonsiirtomenetelmällä laissa tarkoitetaan telekopiota ja telepalvelua, kuten sähköistä lomaketta, sähköpostia tai käyttöoikeutta sähköiseen tietojärjestelmään sekä muuta sähköistä menetelmää, jossa tieto välittyy langattomasti tai kaapelia pitkin. Puhelu ei ole lain mukaan sähköinen tiedonsiirtomenetelmä. Sähköisellä viestillä tarkoitetaan sähköisellä tiedonsiirtomenetelmällä lähetettyä tallennettavissa olevaa informaatiota. Sähköinen asiakirja on sähköinen viesti asian vireille panosta, käsittelystä tai päätöksestä.

2.2.2 Sähköiset asiointipalvelut

Sähköinen asiointipalvelu on asiakkaan itsenäisesti toteuttamaa itsepalvelua ennen ja jälkeen sähköisen asioinnin. Sähköistä asiointipalvelua ovat muun muassa tiedon haku ja asian etenemisen seuranta ilman viranomaiskontaktia. (Sähköisen asioinnin viitearkkitehtuuri 2013, 42) JHS 164 (2012) suosituksen mukaan sähköinen asiointipalvelu on asiakkaan näkymä viranomaispalveluun tai siihen liittyvään informaatioon.

2.2.3 Omahoito

Omahoitoa on omasta terveydestä ja sairauksien hoidosta huolehtiminen terveydenhuollon ammattilaisen tuella. Elämäntapoihin kuten ravintoon ja liikuntaan liittyvät päätökset ja teot sekä sairauksien säännöllisesti toteutettu lääkehoito ja omatoiminen terveydentilan seuranta ovat omahoitoa. (Kainuun omahoitolomake 2015)

Omahoidon ja itsehoidon ero on ammattilaisen antamassa tuessa. Itsehoidossa asiakas etsii ja toteuttaa hoitoa ilman ammattilaisen apua käyttäen usein erilaisia luontaistuotteita, ei lääketieteellisiä hoitoja tai käsikauppalääkkeitä. Omahoito on myös asiakkaan itsensä toteuttamaa, mutta se on ammattihenkilön kanssa yhdessä suunniteltua näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoidossa asiakas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa ja elämäntapamuutoksensa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä ottaa itse vastuun omista ratkaisuksistaan. Omahoidossa painottuvat asiakkaan asiantuntemus omasta arjesta, räätälöidyt hoitoratkaisut ja asiakkaan omien päätösten hyväksyminen. Omahoidon tukemisessa terveydenhuollon ammattilainen toimii kuten valmentaja. Hän suunnittelee yhdessä asiakkaan kanssa juuri hänelle ja hänen elämäntilanteeseensa sopivan hoidon. Asiakkaan tehtäväksi ja vastuulle jää hoidon toteuttaminen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6)

Omahoidolla tuetaan potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Omahoidon onkin todettu vaikuttavan myönteisesti sekä potilaan elämänlaatuun että sairastamiseen ja tätä kautta terveydenhuollon palvelutarpeen ja sairaalahoitojen vähenemiseen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6) Aktiivisella omahoidolla voidaan ehkäistä pitkäaikaissairauksien ja niiden liitännäissairauksien syntymistä sekä pitää yllä olemassa olevien sairauksien hyvää hoitotasapainoa (Kainuun omahoitolomake 2015).

3 SÄHKÖISET ASIOINTIPALVELUT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

3.1 Kansallisesti tarjottavat sähköiset asiointipalvelut

Valtiovarainministeriön JulkICT vastaa julkisen hallinnon sähköisen asioinnin yleisestä kehittämisestä ja kehittämishankkeiden yhteensovittamisesta. Julkisen hallinnon asiakkuusstrategiassa on määritelty, että viranomaisten tulee huolehtia siitä, että sähköinen kanava on asiakkaalle houkuttelevin vaihtoehto. Sähköisten palveluiden käyttö tehostaa julkista palvelutuotantoa ja säästää yhteisiä verovaroja sekä mahdollistaa kansalaisten, yritysten ja yhteisöjen palveluiden käytön ajasta ja paikasta riippumatta. Sähköisten palveluiden täytyy olla helppokäyttöisiä, toimivia ja turvallisia. Keskeistä niiden rakentamisessa on käyttäjäkeskeinen suunnittelu, palveluprosessien uudistaminen, palveluiden yhteen toimivuus sekä tietoturva ja tietosuojat. (VM 2015)

Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluja on kehitetty aiemmin lähinnä paikallisesti kuntien ja sairaanhoitopiirien omina hankkeina. Valtiovarainministeriö käynnisti vuonna 2010 sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelman, jossa sosiaali- ja terveydenhuollolla on oma palvelukokonaisuus SADe-So-Te. Sen toimeenpanosta vastasi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). Samoihin aikoihin sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmaan otettiin tietoon ja tietojärjestelmiin osaohjelma sekä aloitettiin kehittämään valtakunnallisesti lakisääteisiä palveluja asiakkaille kuten Omakantaa. (THL 2016)

Omakanta on osa Kansaneläkelaitoksen (Kela) ylläpitämää Kansallista terveystietokantaa (Kanta), jossa säilytetään potilasasiakirjoja ja sähköisiä reseptejä. Omakanta-verkkopalvelun kautta täysi-ikäinen kansalainen voi katsella omia Kantaan tallennettuja tietoja ja niihin liittyviä lokitietoja sekä hallita suostumuksia ja lähettää sähköisen reseptin uusimispyynnön. Omakanta-palvelun tavoitteena on, että potilaat osallistuvat oman terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon. (Kansallinen Terveystietokanta 2016)

THL on kehittänyt SADe-ohjelman palvelukokonaisuuteen liittyen kolme kansallista sähköistä palvelua; Palveluvaaka.fi, Omahoitopolut.fi ja Palautteet talteen.

Palveluvaaka.fi -verkkopalvelusta kansalaiset voivat etsiä sosiaali- ja terveysalan palveluja ja palveluntuottajia sekä vertailla ja arvioida palveluja. Omahoitopolut.fi -verkkopalvelu kokoaa tutkittua ja luotettavaa tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista. Palautteet talteen -palvelulla kerätyt palautteet julkaistaan Palveluvaaka.fi -palvelussa. Palautetietoa kansalaiset voivat hyödyntää palveluiden vertaamisessa ja palvelun tuottajat oman toimintansa kehittämiseen. (THL 2016)

THL laatii kansallisten sähköisten palveluiden lisäksi palvelumäärittelyjä tukemaan palveluiden kehittämistä. Määrittelyt toteutetaan kuntien, palveluntuottajien ja järjestelmäkehittäjien käyttöön ja ne ovat sähköisten palveluiden toteutukseen tarvittavia pohjatöitä. Määrittelyjä hyödyntäen kunnat voivat kehittää omia sähköisiä palveluja. Kansallisella määrittelyllä pyritään varmistamaan avoimuus, yhteen toimivuus ja tietosuojat. Sähköisen ajanvarauksen, spontaanin palautteen ja turvallisen viestinvälityksen määrittelyt ovat jo kuntien käytettävissä. (THL 2016)

3.2 Kainuun soten tarjoamat sähköiset asiointipalvelut

Kainuun sotessa on otettu sähköisiä asiointipalveluja käyttöön vuodesta 2009 alkaen, jota ennen on asiakkaiden käytettävissä ollut jo verkkosivut. Ensimmäisenä asiointipalveluna käyttöön otettiin sähköinen toimeentulotukihakemus. Sen tarkoituksena oli parantaa palveluiden saatavuutta sekä nopeuttaa ja helpottaa toimeentulotuen hakemista. Palveluun kirjaudutaan verkkopankkitunnuksilla tai varmennekortilla. Palvelun kautta voi lähettää toimeentulotukihakemuksen ja siihen kuuluvat liitteet. Hakemuksen tiedot siirtyvät suoraan sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmä ProConsonaan. (Kainuun sote 2016a)

Hyvinvoinnin palvelutarjotin luotiin aktiiviasiakashankkeessa vuosina 2011-2013. Sen kantavana ideana on, että asiakas löytää helposti yhdestä paikasta kaikki hyvinvointipalvelunsa. Palvelun tarjoaja voi olla yksityinen yritys, järjestö tai julkinen palvelun tuottaja. Tarjottavat palvelut voivat olla omarahoitteisia tai julkisesti tuetuja. Asiakas voi myös verrata palveluja hinnan ja laadun suhteen sekä arvioida saamaansa palvelua. Hyvinvoinnin palvelutarjotin voitti syksyllä 2015 Kuntaliiton järjestämän lähipalvelukilpailun. (Kainuun sote 2016a)

Kainuun Omasote otettiin käyttöön 1.7.2014. Sitä edelsi vuotta aiemmin päättynyt Kainuun omahoitopalvelun pilotointi. Kainuun Omasotesta on kerrottu tarkemmin kappaleessa 4.

3.3 Sähköisten asiointipalveluiden käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kansalaisten valmiudet sähköisten sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöön ovat jo melko hyvät. Vuonna 2014 Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyyn vastanneista 87 %:lla oli käytössään internet ja 85 %:lla asiointitunnukset. Tutkittaessa sähköisten palveluiden tärkeyttä näyttivät 50–65-vuotiaat olevan nuorempien ja vanhempien ikäryhmien välillä vedenjakajana. He eivät käyttäneet sähköisiä palveluja niin paljon kuin nuoremmat, mutta useammin kuin vanhemmat ikäryhmät. He olivat muita ikäryhmiä huomattavasti kiinnostuneempia oman terveyden seurannasta ja osallistumisesta hoitosuunnitelman laatimiseen sähköisesti. He pitivät myös muun muassa sähköistä yhteydenpitoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon muita ikäryhmiä tärkeämpänä. (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014, 72-74)

Myös Suomen virallisen tilaston (2015) mukaan 87 % 16-89-vuotiaista suomalaisista käyttää internettiä. Miehistä 88 % oli käyttänyt internettiä tutkimusta edeltäneen 3 kuukauden aikana ja naisista 86 %. Internetin käyttö on selkeästi vähäisempää mitä vanhemmasta ikäluokasta on kyse. 55-64-vuotiaiden ikäluokasta vielä 90 % on käyttänyt internettiä, 65-74-vuotiaista 69 % ja yli 75-89-vuotiaista enää 31 %. Naiset (67 %) käyttävät internettiä enemmän sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvän tiedon etsimiseen kuin miehet (62 %)

Enemmistö suomalaisista käyttäisi sähköisiä terveydenhuollon palveluja, jos niitä olisi tarjolla. Sähköinen asiointi ja oman terveydentilan mittaaminen säästäisivät sekä asiakkaiden että ammattilaisten aikaa etenkin pitkäaikaissairauksia sairastavien kohdalla. Uudella teknologialla ja uudistamalla toimintatapoja voitaisiin saada myös merkittäviä kustannussäästöjä. (Tiuhonen 2014) Sähköisten palveluiden avulla terveydenhuollon painopistettä voidaan siirtää sairauksien hoitamisesta terveyden edistämiseen (Sitra 2016a).

Hyppösen ym. (2014, 77) tutkimustuloksista ilmeni, että terveydenhuollon suurkuluttajat, jotka olivat käyttäneet viimeisen vuoden aikana palveluja yli 10 kertaa, olivat myös ahkeria sähköisten palveluiden käyttäjiä. Suurkuluttajien sähköiseen asiointiin kannattaa panostaa, sillä muun muassa oikean palvelun löytyminen ja sähköinen viestintä ammattilaisen kanssa ovat yhteydessä hoidon jatkuvuuden parantumiseen, mikä puolestaan voi vähentää käyntien tarvetta.

Sähköisen asioinnin on koettu säästäneen vuodessa keskimäärin 1,37 käyntiä tai muuta yhteydenottoa. Sähköisten palveluiden käyttöönotto voi tukea kustannustehokkaiden ja vaikuttavien palveluiden toteuttamista, mutta ne edellyttävät palveluprosessien muuttamista. Sähköisillä palveluilla voidaan myös turvata eri alueiden asukkaille yhdenvertaiset palvelut ja sellaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden saavutettavuus, jotka eivät edellytä fyysistä käyntiä. (Hyppönen ym. 2014, 5-6)

Osalla kansalaisista ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin eikä aktiiviseen osallistumiseen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Sähköiset palvelut eivät voi kokonaan korvata fyysistä asiointia, mutta ne voivat täydentää olemassa olevia palveluita. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toivotaan, että sähköisillä palveluilla voidaan helpottaa resurssipaineita, jotta fyysisiä palveluita eniten tarvitsevat voivat niitä saada. (Hyppönen ym. 2014, 6, 82)

Kymmenen vuoden kuluttua lähes puolet terveydenhuollon ensikäynneistä voidaan korvata sähköisillä palveluilla, mutta se edellyttää, että työtä aletaan tehdä heti. Tämä säästäisi ammattilaisten aikaa monisairaiden ohjaamiseen ja kipeämmin palveluita tarvitsevien hoitoon. (Sitra 2014b)

3.4 Sähköiset asiointipalvelut omahoidon tukena

Väestön ikääntyminen aiheuttaa lähitulevaisuudessa sekä terveyspalveluiden kustannusten nousun, että kroonisen työvoimapulan, ellei rakenteellisia uudistuksia tehdä. Yksi keino ratkaista näitä ongelmia on sähköisten omahoitopalveluiden kehittäminen. (Sitra 2016a)

Jokainen ihminen hoitaa itseään 365 päivää vuodessa, terveydenhuollon ammattilainen usein vain muutamia tunteja tai päiviä. Sähköisellä asioinnilla voidaan aktivoida potilasta ja rohkaista häntä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, mikä parantaa hoitotulosta. (Rytsy 2012, 12)

Sähköisillä omahoitopalveluilla on sekä Suomessa että ulkomailla saatu jopa parempia tuloksia kuin perinteisen sairaanhoidon keinoin. Niiden avulla voidaan parantaa kansalaisten hyvinvointia ja kohentaa terveyttä sekä parantaa terveydenhuollon kustannustehokkuutta ja varmistaa terveydenhuollon ammattilaisten riittävyys. (Sitra 2016a)

Omahoidossa asiakas tekee oman terveys- ja hoitosuunnitelmansa yhteistyössä ammattilaisen kanssa. Asiakkaan osallistaminen oman terveyden seurantaan ja hoitoon on ollut tähän mennessä lähes käyttämätön resurssi terveydenhuollossa. Omahaito tuottaa ihmiselle itselleen terveyshyötyjä ja säästää yhteiskunnan kustannuksia. (Sitra 2014b)

Sähköiset omahoitopalvelut ovat avoinna ympäri vuorokauden ja myös viikonloppuisin. Ne madaltavat kynnystä kääntyä terveydenhuollon ammattilaisten puoleen, jolloin sairauksien ennaltaehkäisy paranee. Sähköiset omahoitopalvelut kaventavat myös kansalaisten terveyseroja ja tasapuolistavat terveydenhuollon palveluja alueellisesti vähentäen samalla terveydenhuollon jonoja. (Sitra 2016a) Terveyden tilaa koskevien tietojen parempi laatu, ajantasaisuus ja käytettävyys ovat myös sähköisen asiainnin etuja. (Rytsy 2012, 12)

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi tammikuussa 2016 rahoituksen ODA-hankkeelle (Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut), joka on osa hallituksen kärkihanketta julkisten palveluiden digitalisoimiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin luodaan kansallinen toimintamalli, josta tulee runko kansalaisille tarjottaville sähköisille hyvinvointipalveluille. Sen osia ovat luotettavan hyvinvointitiedon jakaminen, hyvinvointia ja palvelutarvetta mittaavat testit ja itsearviot sekä hyvinvointisuunnitelma. Palveluissa hyödynnetään sekä asiakas- ja potilastietoja että kansalaisen itsensä tuottamaa tietoa. (STM 2016)

ODA-hankkeen kulut ovat noin 13 miljoonaa euroa, jonka valtio ja hankkeeseen osallistuvat kunnat jakavat noin puoliksi. Ensimmäiset käyttöönotot ajoittuvat vuoden 2017 lopulle ja käyttöönoton laajennus vuodelle 2018. (STM 2016)

Vuoden 2015 Nuorilääkäripäivillä tehdyn kyselyn mukaan noin 80 % nuorista lääkäreistä uskoo, että terveydenhuollon trendeistä omahoitoa tukevat teknologiat ja digitalisaatio vaikuttavat myönteisimmin lääkärin työhön. Vaikka nuoret lääkärit ovat myönteisiä omahoitoa tukevalle teknologialle, jopa 44 % heistä uskoo, että perinteinen terveysasema olisi vuonna 2030 ensisijainen perusterveydenhuollon palvelumuoto. Terveyskioskin tyyppisiin matalan kynnyksen omahoitopisteisiin uskoi vain 12 % nuorista lääkäreistä. (Sitra 2015)

Sitran vuonna 2013 teettämän sähköisiä omahoitopalveluja koskevan kansalaiskyselyn mukaan 83 % kansalaisista uskoi matalan kynnyksen omahoitopisteiden lisääntymiseen. Moni olisi kiinnostunut asioimaan muun muassa kauppakeskusten yhteydessä olevissa terveystioskeissa. (Sitra 2015)

4 KAINUUN OMASOTE

Kainuun Omasote on Kainuun soten tarjoama selainpohjainen sähköinen asiointipalvelu. Palvelun käyttö vaatii vahvan tunnistautumisen joko verkkopankkitunnuksilla, mobiilivarmenteella tai sirullisella varmennekortilla. Omasotessa kansalainen voi kirjata ja ylläpitää omia hyvinvointi- ja terveystietojaan, ja halutessaan hän voi antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille katseluoikeuden omiin tietoihinsa. Palvelun kautta Kainuun soten asiakas voi viestiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sekä hakea luotettavaa tietoa terveydestä ja sairauksien hoitamisesta. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

4.1 Kainuun omahoitopalvelun pilotointi

Kainuun Omasote –palvelun käyttöönoton taustalla on vuosina 2010-2012 toiminut KYTKE (Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun) -hanke, jonka kehittämistyön viitekehyksenä toimi terveyshyötymalli (Cronic care model). KYTKE-hankkeessa pilotoitiin Kainuun omahoitopalvelua osana raskausajan diabetesäitien ja pitkäaikaissairaiden hoitoprosesseja. Tarkoituksena oli luoda palvelun avulla sujuva hoitopolku raskausajan diabeetikoille neuvolan asiakkaasta kansanterveyshoitajan asiakkaaksi raskauden päätyttyä. Pilotoinnissa olivat mukana Kainuun maakunta –kuntayhtymän neuvoloiden terveydenhoitajat sekä Kajaanin Vuolijoen, Sotkamon ja Suomussalmen kansanterveyshoitajat. (Komulainen & Vääräniemi 2012, 1,10)

Kainuun omahoitopalvelu hankittiin pilotointia varten Mawell Oy:ltä osana Oulun omahoitoa, mutta se räätälöitiin Kainuun maakunta –kuntayhtymän tarpeita vastaavaksi. Palveluun otettiin seuraavat ominaisuudet; asiakkaille tarkoitettu sähköinen terveyskortti, viestiyhteys terveydenhuoltoon sekä kotimittaus- ja päiväkirjaosiot. Omahoitopalveluun toteutettiin lisäksi kaksi sähköistä lomaketta, neuvolan voimavara- ja pitkäaikaissairaiden omahoitolomakkeet. (Komulainen & Vääräniemi 2012, 10)

Kainuun omahoitopalvelun pilotoinnin kokemukset olivat positiivisia. Kokemus osoitti, että käyttöönotossa tulee kiinnittää erityistä huomiota palvelun markkinointiin niin henkilöstölle kuin asiakkaille sekä varata riittävät resurssit käyttöönottovaiheessa. Pilotointi antoi alkusysäyksen toimintakulttuurin muutokselle. (Komulainen & Vääräniemi 2012, 32)

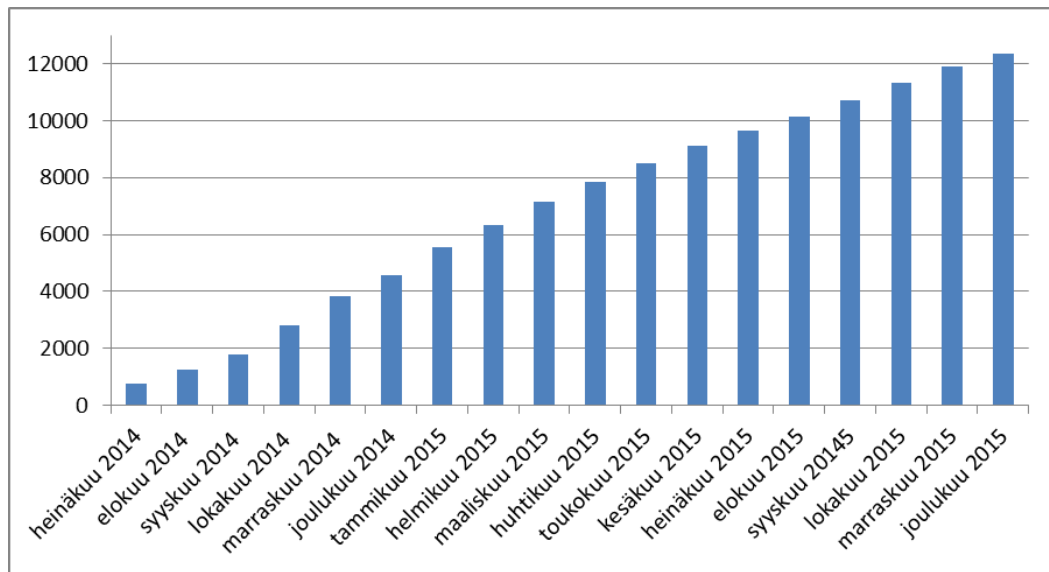
4.2 Kainuun Omasoten käyttöönotto ja käyttö

Kainuun Omasoten käyttöönottoprojekti alkoi tammikuussa 2014 ja palvelu avattiin asiakkaille 1.7.2014. Palvelu oli heti alkuvaiheessa kaikkien kainuulaisten käytettävissä, mutta viestiyhteys Kainuun soten ammattilaisille avattiin aluksi neuvoloihin, terveysasemien vastaanottoihin ja aikuissosiaalityöhön. (Kainuun sote 2016b)

Omasotea on laajennettu vaiheittain niin tarjottavien palveluiden kuin Omasotea käyttävien toimipaikkojen osalta. Vuonna 2015 Omasote otettiin käyttöön vatsatautien poliklinikalla, terveysasemien apuvälinelainauksessa, Kajaanin terveystieteiden poliklinikalla, terveysasemien apuvälinelainauksessa, Kajaanin terveystieteiden poliklinikalla, aikuisten mielenterveystyössä ja riippuvuuksien hoidossa sekä Kainuun Työterveys -liikelaitoksessa. (Kainuun sote 2016b) Omasoten palvelut on esitelty tämän osion jälkeen.

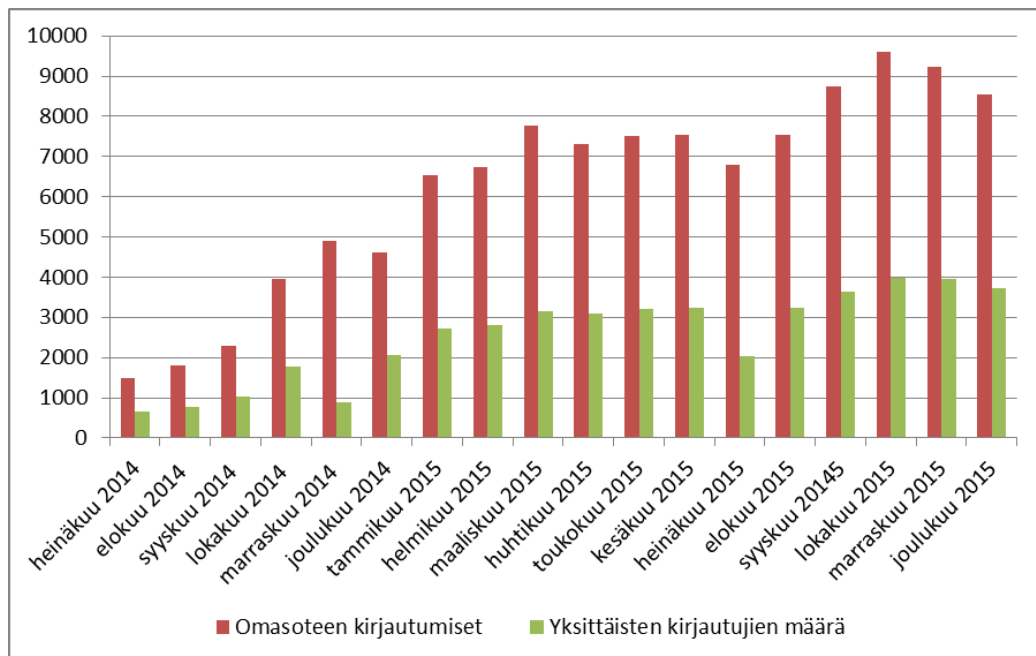
Omasotea työssään käyttäviä ammattilaisia oli vuoden 2015 lopussa 349 henkilöä, joista sosiaali- ja terveydenhuollossa 297 henkilöä. Kainuun Työterveys -liikelaitoksessa oli 52 Omasotea työssään käyttävää ammattilaista tai asiantuntijaa. (Kainuun sote 2016b)

Omasoten käyttö on kasvanut käyttöönoton jälkeen tasaisesti. Kuvassa 1 on esitetty Omasoteen rekisteröityneet kumulatiivisesti. Ensimmäisen käyttöönottovuoden aikana Omasoteen oli rekisteröitynyt 9 114 henkilöä ja vuoden 2015 loppuun mennessä rekisteröityneitä oli 12 340 henkilöä. (Kainuun sote 2016b)



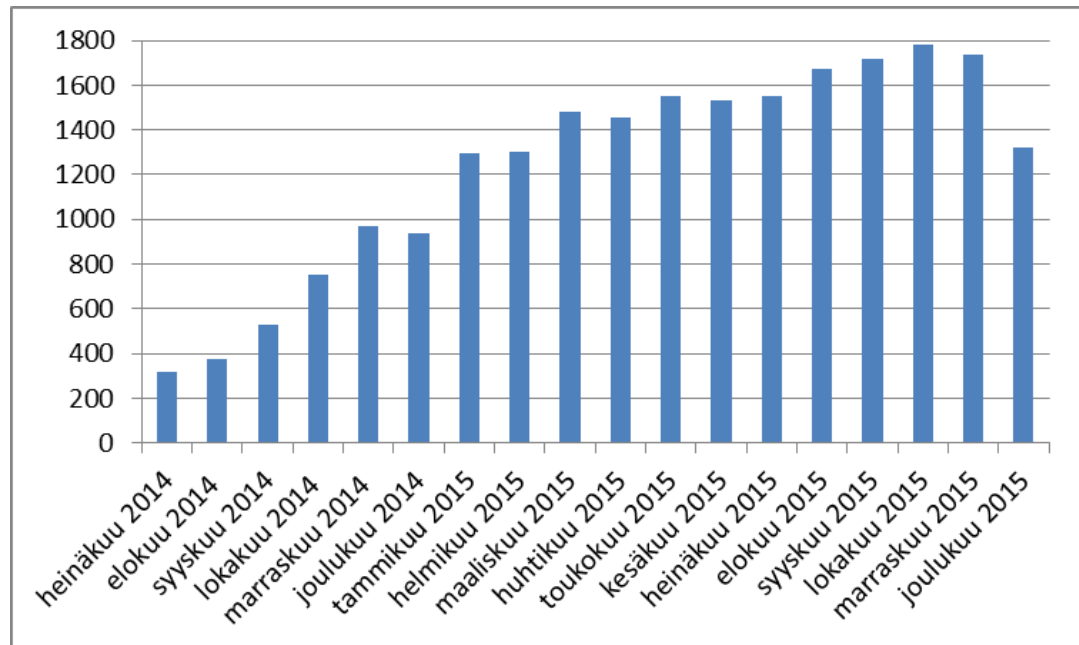
Kuva 1. Omasoteen rekisteröityneiden määrä yhteensä (Kainuun sote 2016b)

Kuvassa 2 on esitetty kuukausittain Omasoteen kirjautumiset sekä yksittäisten kirjautujien määrä. Kuvasta voi havaita, että samat henkilöt ovat kirjautuneet kuukauden aikana useamman kerran. Omasoten käyttöönoton alkuvaiheessa kirjautumisia oli kuukausittain vähän, mutta kirjautumisten määrä on kasvanut tasaisesti. Heinä- ja joulukuussa on vähemmän kirjautumisia kuin muina kuukausina.



Kuva 2. Omasoteen kirjautumiset ja yksittäisten kirjautujien määrä kuukausittain (Kainuun sote 2016b)

Omasoten kautta Kainuun soten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille (pl. Kainuun Työterveys -liikelaitos) lähetettyjen viestien määrä on kasvanut melko tasaisesti (Kuva 3). Viestimäärän kasvussa on jonkin verran havaittavissa kuukausittaista vaihtelua. Joulukuu on viestien lähettämisen suhteen hiljainen kuukausi muihin verrattuna. Viestien määrän kasvua selittää muun muassa viestiyhteyksien avaaminen eri toimipaikkoihin sekä käyttäjämäärän lisääntyminen.



Kuva 3. Omasoten kautta ammattilaisille lähetettyjen viestien määrä kuukausittain (Kainuun sote 2016b)

4.3 Kainuun Omasoten palvelut

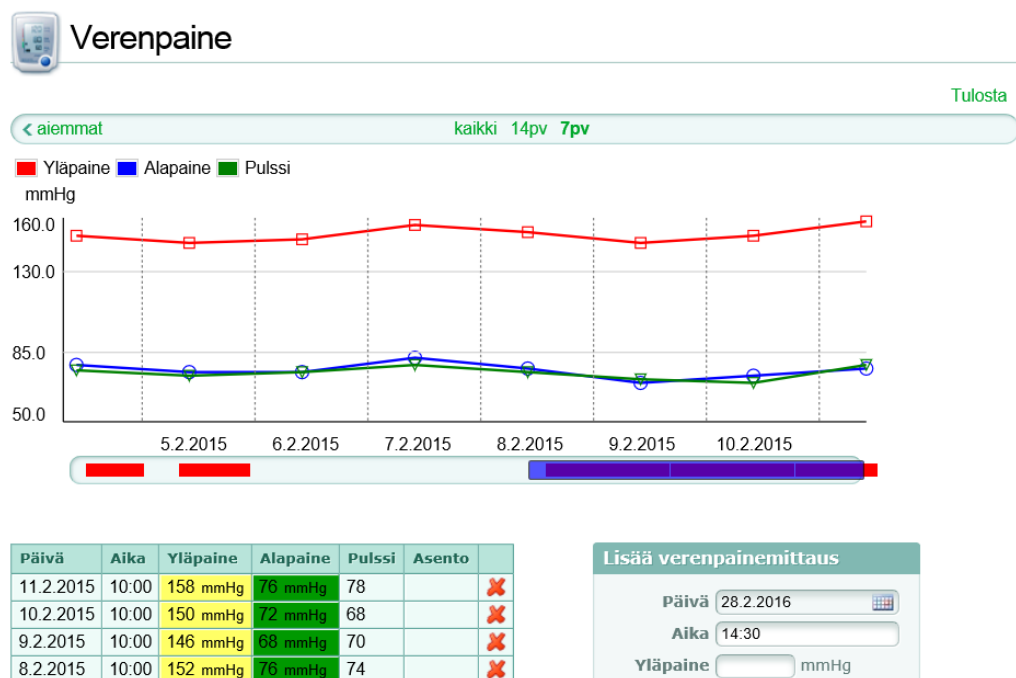
Omasoten palvelut voidaan tällä hetkellä jakaa karkeasti kolmeen osaan; omien hyvinvointitietojen ylläpitäminen, yhteydenpito sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin ja hyvinvointitiedon hakeminen. Palvelutarjontaa laajennetaan ja palveluja kehitetään koko ajan.

4.3.1 Omien hyvinvointitietojen ylläpitäminen

Omasotessa kansalainen voi ylläpitää omia hyvinvointi- ja terveystietojaan, joihin hän voi halutessaan antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille katseluoikeuden. Ilman katseluoikeutta ammattilainen ei pääse näkemään asiakkaan kirjaamia tietoja. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

Omat terveystiedot –osioon Omasoten käyttäjä voi tallentaa omaan terveyteen liittyviä tietoja kuten painon, pituuden, sukurasitteet, omat sairaudet, allergiat, lääkityksen, rokotukset ja kontrollit. Hän voi asettaa myös sähköpostiherätteen muistuttamaan esimerkiksi reseptin uusimisesta tai kontrolliajan varaamisesta. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

Kotiseurantoihin Omasoten käyttäjä voi tallentaa terveyden ja hyvinvoinnin seurataan liittyvää tietoa kuten unesta ja alkoholin käytöstä sekä astman, verenpaineen ja verensokerin seurantaan liittyviä mittaustuloksia. Mittaustulokset näytetään sekä taulukkomuodossa että graafeina (Kuva 4). (Kainuun Omasote –palvelu 2016)



Kuva 4. Mittaustulokset esitetään taulukkomuodossa ja graafeina.

INR (International Normalized Ratio) -mittaussivulle voidaan kirjata verenohennuslääkettä käyttävien INR-verikoearvot sekä niiden perusteella toteutettava lääkahoito. Tiedot voi kirjata terveydenhuollon ammattilainen tai käyttäjä itse. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

Käyttäjä voi pitää Omasotessa ruoka-, liikunta- ja harjoituspäiväkirjaa, jota ammattilainen voi katsoa ja kommentoida sekä antaa ohjeita Omasoten kautta. Kotiseurantoja käyttäjä voi kirjata itse määrittelemällään käyttäjätunnus-salasanaparilla. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

4.3.2 Yhteydenpito sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin

Yhteydenpito Kainuun soten ammattilaisiin tapahtuu **viestin välityksellä**. Palvelussa on toteutettu viestin välitys toimipaikkakohtaisesti. Joihinkin toimipaikkoihin kuten poliklinikoille ammattilainen avaa viestiyhteyden asiakkuuden perusteella. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

Yksi Omasoten käytetyimmistä palveluista on **sähköisen reseptin uusimispyyntö** (Kainuun sote 2016b). Sen voi tehdä myös iäkkään vanhemman tai alakäisen lapsen puolesta omilla tunnuksilla. Reseptin uusimispyynnön voi tehdä myös Omakanta-palvelussa, jossa voi katsella myös omia sähköisiä reseptejä sekä ammattilaisen kirjaamia potilastietoja. Omakanta-palveluun ja Kelan asiointipalveluun pääsee siirtymään Omasoten kautta samalla tunnistautumisella. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

Laboratoriotulokset –osiossa palvelun käyttäjät voivat nähdä omat laboratoriotulokset usein jo saman päivän aikana kokeiden ottamisesta. Valituista laboratoriotuloksista voi lähettää kysymyksen terveydenhuollon ammattilaiselle. (Kainuun Omasote –palvelu 2016). Laboratoriotulokset näkyvät rajoitetusti siten, ettei asiakas voi tehdä tulosten perustella diagnoosia esimerkiksi vakavasta sairaudesta. (Kainuun sote 2016b)

Kainuun Omasote –palvelussa on erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettäviä **lomakkeita** kuten neuvolan voimavaralomakkeet, kansanterveyshoitajien

käyttämä omahoidon esitietolomake ja sosiaalihuollon varallisuusselvitys. Lomakkeen voi täyttää palvelussa sähköisesti ja lähettää ammattilaiselle ennen vastaanottokäyntiä. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

Palvelussa käyttäjä voi myös tehdä erilaisia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä **testejä** kuten sähköisen terveystarkastuksen, tupakoinnin ja alkoholin käytön sekä diabeteksen riskitestin. Käyttäjä voi antaa ammattilaiselle oikeudet testitulosten katseluun. (Kainuun Omasote –palvelu 2016)

4.3.3 Hyvinvointitiedon hakeminen

Omasoten kautta kainuulaisilla on käytettävissä Kustannus Oy Duodecimin Terveyskirjasto ja eOmahoitokirjasto. Terveyskirjastosta voi hakea luotettavaa, riippumatonta ja ajantasaista tietoa terveyden ylläpitämiseen ja sairauksien hoitamiseen. Terveyskirjastossa on yli 10 000 asiantuntijoiden kirjoittamaa artikkelia. (eOmahoito kansalaisten tueksi 2016)

eOmahoitokirjasto on tietopankki, josta löytyy hyödyllistä sairaus- ja riskitekijäkohtaista tietoa teksteinä, videoina ja verkkokursseina pitkäaikaissairaille kotona tapahtuvan omahoidon tueksi. Terveystieteiden ammattilaiset voivat käyttää sitä hoidon ohjauksen tukena. (eOmahoito kansalaisten tueksi 2016)

Mitä paremmin ihmiset tietävät sairauksista ja niiden hoitamisesta sekä riskeistä sitä paremmin he osaavat hoitaa itseään ja sitä vähemmän he tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

5 SÄHKÖISTEN ASIOINTIPALVELUIDEN VAIKUTUSTEN MITTAAMINEN

5.1 Sähköiset asiointipalvelut Kainuun soten visiossa ja strategiassa

Kainuun soten visio vuodelle 2020 on seuraava: ”Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on arvostettu edelläkävijä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäjänä ja kehittäjänä. Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita.” Visio puretaan usein strategisiksi tavoitteiksi, joiden asettamisessa käytetään apuna jonkinlaista ryhmittelyä. Nämä ryhmät pilkkovat vision käytännön läheisemmäksi ja johdettavissa oleviksi tavoite- ja toimintakokonaisuudeksi. Ei ole yhtä oikeaa tapaa ryhmitellä asioita vaan se on johdon valinta ja näkökulma strategiaan ja sen toteuttamiseen. Yksi suosituimmista ryhmittelytavoista on Kaplas & Nortonin tasapainotettu tulokortisto, jossa on huomioitu neljä keinovalikoimaryhmää asiakkaat, osaaminen ja kehittyminen, tuotteet/prosessit ja talous. (Ylisirniö 2011, 193) Kainuun sotessa on käytössä tasapainotettu tulokortisto.

Organisaation tulee määritellä jokaisen näkökulman mukaan päämäärät, mittarit ja tavoitearvot mittareille. Päämäärä kertoo, mitä organisaatio haluaa saada aikaan, mittarit kuvaavat ollaanko tavoitteeseen pääsemässä ja tunnusluvut kertovat milloin päämäärä on saavutettu. (Kankkunen, Matikainen & Lehtinen 2005,104) Kainuun soten strategiset päämäärät on esitetty tasapainotetun tulokortiston mukaisesti taulukossa 1.

Taulukko 1. Kainuun soten strategiset päämäärät (Talousarvio 2016 ja taloussuunnitelma 2017-2019, 2015 ,53)

Näkökulma	Strateginen päämäärä
Asiakas ja asukas	Hyvinvoivat kainuulaiset
Henkilöstö ja uudistuminen	Houkutteleva työpaikka
Johtaminen ja palveluiden järjestäminen	Tehokkaat toimintatavat ja parhaat palvelut
Talous	Tasapainoinen talous

Sähköisiä asiointipalveluja ei ole erillisenä nostettu Kainuun soten visioon tai strategiaan päämääriin vaan ne ovat kriittisten menestystekijöiden arviointikriteereinä vision ja strategisten päämäärien saavuttamisessa. Strategisen päämäärän ”Tehokkaat toimintatavat ja parhaat palvelut” kriittisenä menestystekijänä on ”Kehitämme asiakkaillemme mahdollisuuksia entistä aktiivisempaan osallistumiseen omaan hoito- ja palveluprosessiin.” Tämän kriittisen menestystekijän mittarina on sähköisten asiointipalveluiden käyttöaste. Omasote-palvelun osalta vuoden 2016 tavoite on, että 10 000 kainuulaista käyttää Omasote-palvelua ja vuodelle 2020 asetettu tavoite on, että 20 000 kainuulaista käyttää Omasote-palvelua. (Talousarvio 2016 ja taloussuunnitelma 2017-2019, 2015, 57-58)

5.2 Mittaamisen tarkoitus

Strategian mittaamisen tulisi tuottaa arvoa. Mittaamisen tulee olla johtamisen ytimessä yhdistäen strategiset tavoitteet, saatu informaatio ja toimenpiteet. Muuten siihen ei kannata ryhtyä. (Ylisirniö 2011, 210) Mittaamisella itsellään ei ole arvoa vaan sen täytyy tuottaa hyötyä. Tehokkaat mittarit antavat arvokasta tietoa niin johdolle kuin toiminnan kehittäjille. Mittaamisen rooli ei ole pelkästään informaation tuottaminen vaan ne yhdessä tavoitteiden kanssa ohjaavat ja kannustavat henkilöstöä saavuttamaan yhteiset tavoitteet. (Jääskeläinen, Laihon, Lönnqvist, Pekkola, Sillanpää & Ukko 2013, 3, 9)

Yleisenä käsityksenä on, että mittaamisen tarkoituksena on saada sellaista tietoa tutkittavasta asiasta, että tiedon avulla voidaan vetää johtopäätöksiä tarvittavista toimenpiteistä. Mittaamisen avulla tulisi pystyä tekemään analyyseja ja hypoteeseja, joiden perusteella voidaan parhaassa tapauksessa tehdä ennusteita. Oleellista on, että mittausten perusteella halutaan saada tehtyä jotain eikä mitata vain sen vuoksi, että on kiva tietää jotain. (Ylisirniö 2011, 23)

Mittaamisessa on hyvä muistaa, että ihmiset muuttavat käyttäytymistään mittaamisen ja arvioinnin mukaan. Mittarit ja raportit ovat organisaation työkaluja, joilla mahdollistetaan tosiasioihin perustuva päätöksenteko. Ne antavat kuitenkin vain

tietoa ja vasta niistä johdetut toimenpiteet parantavat organisaation suoritusta. (Niemelä, Pirker & Westerlund 2008, 96-97)

5.3 Vaikuttavuuden mittaaminen

Organisaatiot tarvitsevat tietoa palveluiden onnistumisesta. Julkisten organisaatioiden täytyy pystyä osoittamaan poliittisille päättäjille ja veronmaksajille tuottamiensa palveluiden hyöty, jolloin voidaan osoittaa muun muassa se, mitkä palveluiden tuottamistavat ovat kaikkein tehokkaimpia. (Jääskeläinen ym. 2013, 36)

Vaikutus on yksi osa vaikuttavuusajattelun logiikkaketjussa, josta käytetään englannin kielistä termiä IOOI (Input, Output, Outcome, Impact). Suomenkielisinä vastineina voidaan käyttää panos, tuotos, vaikutus ja vaikuttavuus (Kuva 5). Mitattaessa hyötyjä, jätetään mittaaminen usein liian varhaiseen vaiheeseen IOOI-ketjua, jolloin vaikuttavuus jää usein käytännössä mittaamatta. Tällöin ei tiedetä ovatko seuraukset sitä, mitä on lähdetty hakemaan. (Sitra 2014a)



Kuva 5. Vaikuttavuusajattelun logiikkaketju (Sitra 2014a)

Panos-vaiheeseen sisältyvät usein resurssit kuten henkilöstö ja raha. Tuotos-vaiheessa voidaan mitata panosten suorimpia seurauksia kuten kontaktien lukumäärä ja tehtyjä työtunteja. Vaikutus ilmaisee, mitä muutoksia kohdeyleisössä saavutettiin ja vaikuttavuus kertoo muutoksesta hyvinvoinnissa, joka saavutetaan tiettyjen toimien ansiosta. Vaikutuksen ja vaikuttavuuden ero ei ole aina selvä, sillä

vaikuttavuus ilmenee usein vasta vuosien kuluttua. Vaikuttavuus on myös usein monitahoinen ja sen syyt eivät aina ole itsestään selviä. (Sitra 2014a)

Palvelun vaikuttavuus syntyy usein monen palvelutuotannon osatekijöiden yhteistuloksesta sekä asiakkaan kokemuksesta. Tämä edellyttää palveluketjulta saumatonta yhteistyötä ja jokaisen osa-alueen onnistumista. Yksittäisen osa-alueen optimointi ei tuota tulosta, jos muut osa-alueet eivät pysty sopeuttamaan toimintaansa samassa suhteessa. Yhteisillä tavoitteilla voidaan löytää ratkaisuja osaoptimoinnin välttämiseksi ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Eritasoinen mittaustinformaatio voi paljastaa palvelutuotannon pullonkaulat. (Jääskeläinen ym. 2013, 20)

Vaikuttavuuden mittaaminen on hierarkkinen prosessi, koska tavoitteita voi olla useita ja ne voivat poiketa toisistaan organisaation eri tasoilla. Strategisen tason mittaustuloksilla voidaan ajatella olevan jonkinlainen suhde tavoitteen saavuttamisen kanssa. Näitä ei tule kuitenkaan yhdistää suoraviivaisesti toistensa kanssa vaan ne on syytä yhdistää operatiivisiin mittaustuloksiin, jotka huomioidaan ajan funktiona sekä analysoijan näkemykseen. Mittaustulosten perusteella johto yrittää tehdä johtopäätöksiä siitä, mitkä asiat vaikuttivat tavoitteen saavuttamiseen. (Ylisirniö 2011, 178-180)

Organisaatioon kohdistuvassa mittaamisessa on hyvä huomioida, että saadun tiedon lisäksi mittaaminen vaikuttaa myös mitattavaan kohteeseen. Oikealla tavalla esitettynä se voi edistää tavoitteen saavuttamista. Mittaamista voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Tavoitenäkökulmasta mitataan tehokkuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Aikanäkökulmasta nähdään asioiden kehittyminen ja keinovalikoimia tutkimalla saadaan selville mahdollinen osaoptimointi. (Ylisirniö 2011, 180-181)

5.4 Mittaamisen haasteet

Yksi yleisimmistä mittariston käyttöönoton haasteista on sen kytkeminen strategiaan. Usein ajatellaan, että tulokortiston käytöllä ratkaistaan tämä ongelma, mutta siinä keskitytäänkin vain siihen, että löydetään mittarit joka osa-alueelta. Ilman

kohdistusta ja toivottujen mittareiden järjestelmällistä johdattelua metsä katoaa puilta. Strategisten tavoitteiden ja mittareiden välille tulee rakentaa syy-seuraus-suhteiden ketju ja kytkös näiden välillä tulee validoida. (Niemelä ym. 2008, 98-99)

Mittaaminen nousee yrityksessä helposti itsetarkoitukseksi. Erilaisia mittareita seurataan ja niistä raportoidaan, mutta ydintieto menestyksen tai menestymättömyyden syistä jää kuitenkin vähäiseksi. Pahimmillaan mittaamiseen vaadittavat resurssit ja kustannukset ylittävät siitä saadut hyödyt. (Niemelä ym. 2008, 97)

Mittauksen suorittaminen vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Ensin täytyy päättää, mitä vastauksista halutaan saada irti ja vasta sitten lähdetään keräämään tietoa. Usein tämä tehdään toisin päin, jolloin mittaamisen jälkeen huomataan, että on mitattu vääriä asioita eivätkä tulokset mahdollista haluttua tarkastelua. Asioiden mittaaminen eri tavalla samassa organisaatiossa saattaa antaa jopa päinvastaisia tuloksia. (Niemelä ym. 2008, 100)

Järjestelmätason mittaaminen on haastavaa, mutta onnistuessaan sillä voidaan parantaa suorituskkyä huomattavasti. Ensin täytyy asettaa yhteiset tavoitteet, mikä on helpompaa siellä, missä toimintaa ohjaa yhteinen arvopohja. Seuraavana täytyy tunnistaa ja määrittää palvelut, joilla tavoitteisiin päästään. Prosessit, jotka koskettavat asiakasta tai vaikuttavat asiakkaan kokemaan palveluun, ovat keskeisiä. Asiakkaan liikkuminen palveluketjussa tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti, koska siirtymistä syntyy usein mittareita suorituskvyn mittaamiseen. Hyvinvointipalveluissa halutaan esimerkiksi vähentää kalliiden palveluiden käyttöä ennaltaehkäisevillä palveluilla, jolloin mitataan käytön vähenemistä. Tämä ajattelumalli sopii, kun halutaan mitata uusien palvelumuotojen vaikutusta. (Jääskeläinen ym. 2013, 21)

5.5 Mittareiden laatiminen

Mittareiden määrittely aloitetaan, kun kehittämisen tavoite ja menestystekijät on määritetty. Mittareiden valinnassa kannattaa säilyttää selkeys ja yksinkertaisuus, jotta kaikki mittareita käyttävät ymmärtävät mittaamisen logiikan. Määrittelyssä

kannattaa keskittyä siihen, että saadaan paljon erilaisia ajatuksia ja ideoita mittareista ja mitattavista asioista menestystekijöiden taustalle. Ideoinnin pohjalta syntyvästä listasta voidaan valita tarkoitukseen sopivia mittareita, joita vielä arvioidaan ja kehitetään. (Jääskeläinen ym. 2013, 31)

Kankkusen ym. (2005, 117) mukaan mittausjärjestelmää ei tarvitse luoda kerralla vaan sen voi kehittää osissa. Sitä ei myöskään tarvitse aloittaa ylimmältä organisaatiotasolta, mutta on kuitenkin muistettava, että mittausjärjestelmän on tuettava yrityksen strategisia tavoitteita. (Kankkunen ym. 2005, 131) Mittariston laatiminen tulee suunnitella siten, että se kattaa kaikki organisaation tasot. Hyvä mittaristo yhdistää strategian ja operatiivisen toiminnan. Kun mittariston tasot ovat linjassa organisaation tasojen kanssa, mittaristo toimii oikein. Tarvittaessa voidaan rakentaa jokaiselle organisaatiotasolle oma mittaristo, mutta täytyy kuitenkin huolehtia, että kaikkien mittareiden tulee kohdistua strategiaan tavoitteisiin. (Niemelä ym. 2008, 105)

Käytettäessä teknologiaa hyväksi mittariston laatimisessa nousevat tärkeään rooliin yrityksen perusjärjestelmät ja niihin kirjattu tieto. Mittareista saatava hyöty on sitä suurempaa, mitä luotettavampaa tietoa perusjärjestelmistä saadaan. (Niemelä ym. 2008, 104-105)

Mittarityyppejä ovat kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset mittarit, joista jälkimmäiset ovat yleisimpiä, koska määrällisen tiedon kerääminen on helpompaa. Kvalitatiivisten mittareiden avulla on kuitenkin mahdollista löytää syitä tapahtumille. (Kankkunen ym. 2005, 137)

Mittaamisen oikeellisuuteen liittyy olennaisesti toistettavuus. Mittaukseen liitetään myös usein validiteetti ja reliabiliteetti eli se mitataanko oikeita asioita ja mitataanko asioita oikein. (Ylisirniö 2011, 206-207) Oikeat mittarit edistävät parhaimmillaan prosessien tehostamista ja resurssien kohdentamista. Ne auttavat strategian selkeyttämistä ja tukevat sen toteuttamista. Ne seuraavat ja varmistavat organisaation etenemisen kohti tavoitteita. Oikeat mittarit voivat siis kasvattaa organisaation arvoa. (Niemelä ym. 2008, 97)

Mittariarvoihin perustuvat löydökset jäävät helposti johtamatta toimenpiteisiin, jos vastuuta mittareista ei ole määritelty tai sovittuja toimenpiteitä ei seurata (Niemelä

ym. 2008, 100). Kaikkeen mittaamiseen liittyy aina yksi tärkeä kysymys; tehdäänkö tulosten perusteella loppujen lopuksi mitään? (Ylisirniö 2011, 218)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa. Ensimmäinen osa toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena rekisteritutkimuksena, jossa aineisto kerättiin kahdesta asiakastietojärjestelmästä. Tutkimuksen toinen osa toteutettiin aineistotutkimuksena, jossa selvitettiin sähköisten asiointipalveluiden kytkeminen Kainuun soten strategiaan tavoitteisiin. Tutkimustulosten perusteella pyrittiin löytämään mittari, joka tukee strategian toteutumista sähköisten asiointipalveluiden hyödyntämisessä ja antaa luotettavaa tietoa päätöksenteon tueksi.

6.1 Tutkimusongelmat ja teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen pääongelmana oli, kuinka Kainuun Omasote –palvelun käyttö on vaikuttanut käyntien ja kontaktien määrään. Osaongelmia oli kolme

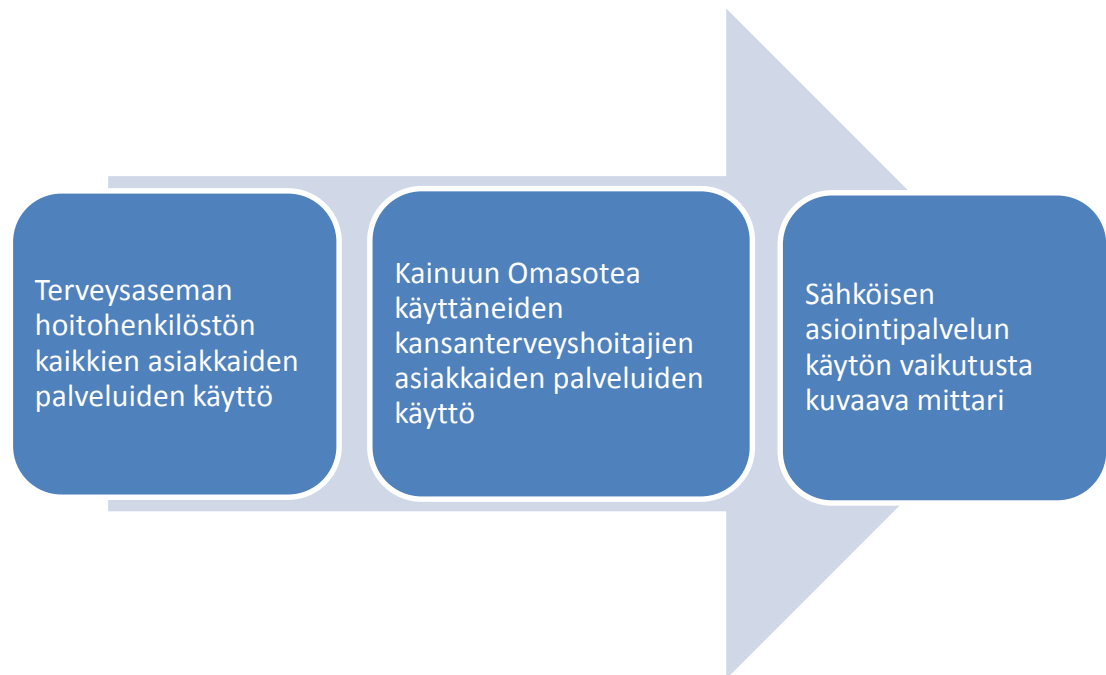
1. Kuinka Kainuun Omasote –palvelun käyttöönotto on vaikuttanut terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja puhelinkontaktien määrään?
2. Kuinka Kainuun Omasote –palvelua käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden palveluiden käyttö on muuttunut?
3. Millä mittarilla sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta voidaan mitata?

Kainuun Omasote -palvelu ei ole korvannut mitään olemassa olevaa palvelua vaan asiakkaat voivat edelleen käyttää kansanterveyshoitajien palveluja samoin kuin ennen Omasoten käyttöönottoa. Uuden palvelun käyttöönoton on oletettu kuitenkin vaikuttaneen palveluiden käyttöön. Toiset uskovat sen lisänneen kontaktien määrää, toiset taas vähentäneen.

Tutkimuksen viitekehys on kuvattu kuvassa 6. Tutkimuksella selvitettiin, kuinka Kainuun Omasote –palvelun käyttöönotto on vaikuttanut terveysaseman hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja puhelinkontaktien kokonaismäärään. Tämän lisäksi selvitettiin, kuinka Kainuun Omasote –palvelua käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden palveluiden käyttö on muuttunut eli ovatko käyntien ja

kontaktien määrät muuttuneet, onko pääasiallinen kontaktitapa muuttunut ja kuinka itsenäinen Omasoten käyttö on vaikuttanut käyntien ja kontaktien määrään. Tutkimustulosten perusteella pyrittiin löytämään yksi sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta mittaava mittari.

Kuva 6. Tutkimuksen viitekehys



Tutkimus koski vain terveysaseman hoitohenkilöstön vastaanotoille tehtyjä käyntejä ja kontakteja. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin terveysaseman vastaanoton muut käynnit ja kontaktit sekä erikoissairaanhoidon tehdyt käynnit ja kontaktit.

Tutkimusajanjaksot olivat ennen Omasoten käyttöönottoa tammi-kesäkuu 2014 ja Omasoten käyttöönoton jälkeen tammi-kesäkuu 2015. Nämä ajanjaksot valittiin tutkimukseen, jotta vuodenajalliset vaihtelut eivät vaikuta tutkimustulokseen. Jälkimmäisessä tarkastelujaksossa Omasoten käyttöönotosta on myös kulunut aikaa, jolloin palvelu oli jo tunnetumpaa kuin käyttöönoton alkuvaiheessa, jolloin Omasoten käyttömäärät olivat vielä pieniä.

6.2 Tutkimusmetodologia

Tutkimus toteutettiin tilastollisena tutkimuksena. Tilasto on todellisista yksittäistapauksista yhdistettyä tietoa, joka ilmaistaan lukusarjoin joko taulukoina tai kuvin. Tilastotiede käsittelee empiirisen eli kokemusperäisen ja numeerisen tiedon hankkimisen suunnittelua, tietojen keräämistä, esittämistä sekä analysointia. Tilastotiede on tutkijan apuväline aineiston käsittelemiseen, ymmärtämiseen ja tilastojen esittämiseen. Tutkimukset voidaan jakaa kahteen ryhmään; teoreettiseen tai empiiriseen. Teoreettisessa eli analyyttisessä tutkimuksessa pyritään johtamaan yksittäisiä tietoja yleisistä oletuksista. Empiirisessä tutkimuksessa pyritään taas löytämään yksittäistapausten pohjalta yleisiä säännönmukaisuuksia. Tilastollinen tutkimus on empiiristä tutkimusta. (Valli 2001, 9-10)

Otantamenetelmien yhteinen piirre on satunnaisuus, jolloin kuka tai mikä tahansa yksilö voi tulla valituksi tutkimukseen. Tilastollisen tutkimuksen tarkoituksena on luoda pienoismalli tutkimuskohteesta. Tällä pyritään yleistämään tutkimuksessa saatuja tuloksia perusjoukkoon. Siksi otannan onnistuminen on yksi keskeinen tekijä tutkimuksessa. Otannan koko tulee olla sitä isompi, mitä yksityiskohtaisempaa tietoa haetaan, jolloin mittaustulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä. Otannan koko riippuu yleensä perusjoukosta. Isoa perusjoukkoa tutkittaessa prosentuaalinen osuus on yleensä pieni ja päinvastoin. Yleensä otoksen koko on reilusti alle 20 prosenttia perusjoukosta. (Valli 2001, 13-14)

Tärkeimpiä todennäköisyyteen perustuvia otantamenetelmiä ovat yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja ryväotanta. Yksinkertaisessa satunnaisotannassa perusjoukon yksiköt numeroidaan. Kun otoskoko on päätetty, poimitaan satunnaislukua niin monta kuin otoskoko edellyttää. Jokaisella yksiköllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi otokseen. (Holopainen & Pulkkinen 2004, 29-30)

Systemaattista otantaa voi käyttää, kun perusjoukon voi laittaa peräkkäiseen järjestykseen. Osoyksiköt poimitaan tasaisin välimatkoin tai väliajoin, kunnes otoskoko on täynnä. Systemaattisessa otannassa määritetään ensin poimintaväli k tai otoskoko n . Jos tunnetaan perusjoukon otantayksiköiden määrä N , saadaan poimintaväli laskettua kaavalla $k=N/n$. (Holopainen & Pulkkinen 2004, 31)

Ositetussa otannassa perusjoukko jaetaan nimensä mukaisesti osiin eli ositteisiin. Ositettua otantaa käytettäessä perusjoukko on tunnettava, jotta ositteisiin jako voidaan tehdä järkevästi. Ositus tehdään jakamalla koko perusjoukko ositteisiin, joiden tulisi olla sisäisesti mahdollisimman homogeenisiä. Tämän jälkeen jokaisesta ositteesta poimitaan otos jotain otantamenetelmää käyttäen. Jos perusjoukko voidaan jakaa järkevällä tavalla, saa ositetulla otannalla yleensä tarkempia tuloksia kuin yksinkertaisella satunnaisotannalla. (Holopainen & Pulkkinen 2004, 32-33)

Ryväsotannassa perusjoukko jaetaan ensin toisensa poissulkeviin osajoukkoihin eli rypäisiin, joissa kukin rypäs edustaa koko perusjoukkoa. Otanta tehdään poimimalla otos rypäidenmuodostamasta perusjoukosta satunnaisotannalla. Tämän jälkeen tehdään joko kokonaistutkimus mukaan tulleista rypäistä tai poimitaan näistä vielä otos. (Holopainen & Pulkkinen 2004, 33)

6.3 Kohderyhmän valinta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kansanterveyshoitajien asiakkaat. Tämä kohderyhmä valittiin tutkimukseen siksi, että kansanterveyshoitajien asiakkailla on pitkäaikaissairauksia ja he käyttävät paljon terveyspalveluja. Kansanterveyshoitajat ovat käyttäneet Kainuun Omasote -palvelua asiakkaidensa kanssa sen käyttöön-oton alusta saakka. He kirjaavat potilastietojärjestelmään käynnit sekä puhelin- ja sähköisen palvelun kontaktit, jolloin tutkimusta varten tarvittavaa dataa oli käytettävissä.

Potilastietojärjestelmä Efficasta ei ollut mahdollista erottaa kansanterveyshoitajia omaksi ammattilaisryhmäksi, joten käyntien ja puhelinkontaktien kokonaismäärän muutosta tutkittaessa mukaan täytyi ottaa koko terveysaseman hoitohenkilöstön vastaanotoille tehdyt käynnit ja puhelinkontaktit. Kansanterveyshoitajien asiakkaat otettiin tutkimukseen Omasoten kautta kansanterveyshoitajille lähetettyjen tai heiltä vastaanotettujen tietojen perusteella Omasoten datasta.

Tutkimukseen poimittiin systemaattisella otannalla kolme yhdeksästä Kainuun soten terveysasemasta. Systemaattinen otanta soveltui otantamenetelmäksi, koska

terveysasemat voitiin laittaa aakkosjärjestykseen. Otoksen koko oli terveysasemittain katsottuna 33 prosenttia, mutta todellinen otoksen määrä voitiin laskea vasta terveysasemien valinnan jälkeen. Kansanterveyshoitajien sekä myös näiden asiakkaiden määrä vaihtelee myös terveysasemittain, mikä saattoi nostaa tai laskea otoksen osuutta perusjoukosta. Valitsemalla tutkimukseen vain kaksi terveysasemaa, olisi otos voinut jäädä niin pieneksi, ettei tutkimustuloksia olisi voinut yleistää koko perusjoukkoa koskevaksi.

Systemaattinen otanta toteutettiin valitsemalla joka kolmas terveysasema aakkosjärjestyksessä. Ensimmäinen terveysasema poimittiin satunnaisotannalla arpomalla se kolmen ensimmäisen terveysaseman joukosta. Tutkimukseen poimitut terveysasemat olivat Kajaanin pääterveysasema sekä Paltamon ja Suomussalmen terveysasemat. Näillä terveysasemilla työskentelee yhteensä 16 ja koko Kainuussa 30 kansanterveyshoitajaa, jolloin otoksen koko on kansanterveyshoitajien lukumäärään suhteutettuna 53 % (Kainuun sote 2016a).

6.4 Aineiston keruu

Tutkimusdata saatiin Kainuun soten potilastietojärjestelmä Effican raportointitietokannasta ja Kainuun Omasote –palvelun tietokannasta. Effican raportointitietokannasta tarvittiin seuraavat tiedot ammattiryhmittäin; asiakkaan henkilötunnus, käynti, puhelinkontakti, sähköinen palvelukanava sekä SPAT1249-tieto. Ammattiryhmätiedolla asiakkaat voitiin rajata tutkimuksessa mukana olevien terveysasemien hoitohenkilökunnan asiakkaisiin. Kansanterveyshoitajat kuuluvat tähän ammattiryhmään, mutta Efficatiedoista ei voitu rajata vain kansanterveyshoitajien asiakkaita vaan tiedot tulivat myös terveysaseman muiden hoitohenkilöstön asiakkaista. Tällä ei ollut kuitenkaan vaikutusta Omasotea käyttävien asiakkaiden tutkimiseen, koska nämä asiakkaat saatiin selville Omasoten käytön perusteella.

Henkilötunnus tarvittiin, jotta voitiin tutkia Omasotea käyttävien asiakkaiden palveluiden käytön muutosta ja kuinka itsenäinen Omasoten käyttö vaikutti yhteydenot-

tojen määrään. SPAT1249-koodi kirjataan asiakkaalle, kun hoitoon liittyvä neuvonta tehdään vastaanoton ulkopuolella. Muun muassa laboratoriotulosten kertominen kirjataan tällä koodilla.

Asiakkaiden Omasoten käyttötiedot saatiin Kainuun Omasoten toimittajan Mawell Oy:n (nyk. CSAM Finland Oy) tietokannasta, josta tarvittiin tiedot asiakkaista, jotka ovat lähettäneet tai vastaanottaneet viestejä terveysaseman vastaanoton jonosta. Näihin viesteihin vastaajina ovat kansanterveyshoitajat. Tietokannasta tarvittiin seuraavat tiedot; asiakkaan henkilötunnus, terveysaseman vastaanoton jonoon lähetettyjen viestien määrä, terveysaseman vastaanoton jonosta vastaanotettujen viestien määrä, INR-mittauksien avausten määrä, laboratoriotulososion avausten määrä.

6.5 Aineiston käsittely

Aineisto käsiteltiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Aineiston käsittelyssä kiinnitettiin erityisesti huomiota tietosuojaan ja tietoturvaan, koska aineisto sisälsi asiakkaiden henkilötietoja. Aineiston toimittamisessa tutkijalle pyydettiin käyttämään salattuja tiedonsiirtotekniikoita. Effican data toimitettiin tutkijalle käyttäen Kainuun soten sisäistä sähköpostia ja Omasoten data suojattuna ammattilaisviestinä Omasote-palvelun kautta. Tutkimusdata käsiteltiin Kainuun soten palomuurien takana siihen saakka, että henkilötunnukset oli poistettu aineistosta.

Effican data oli haettu raportointitietokannasta päivämäärän mukaan, jolloin yhdellä asiakkaalla saattoi olla useampi merkintä tutkimusajanjaksoilta. Oleellista oli saada tietoon tutkimusajanjaksojen ajalta käyntien ja puhelinkontaktien määrä sekä puhelinkontakteihin liittyvä SPAT1249 merkintä. Data oli haettu Efficasta terveysasemittain ja se myös käsiteltiin aluksi terveysasemittain.

Ensimmäisenä datasta laskettiin jokaiselle henkilölle vuodelta 2014 käyntien ja puhelinkontaktien määrä sekä sellaisten puhelinkontaktien määrä, joka sisälsi SPAT1249-koodin. Vuodelta 2015 laskettiin edellisten lisäksi sähköisen palvelukanavan kontaktien määrä sekä sellaisten sähköisen palvelukanavan kontaktien

määrä, joka sisälsi SPAT1249-koodin. Toisena laskettiin Effican tiedoista Omasoten käyttöönoton vaikutus terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnan kaikkien asiakkaiden käynteihin ja kontakteihin. Tutkimustuloksella saatiin vastaus tutkimuksen ensimmäiseen osaongelmaan.

Omasoten data oli haettu tutkimusajanjaksolta kansanterveyshoitajien asiakkaille lähettämien tai heiltä saatujen viestien perusteella. Datassa oli lähetettyjen ja vastaanotettujen viestien lukumäärä sekä laboratoriovastaussivun ja INR-mittausivun aukaisujen määrät. Dataa ei tarvinnut käsitellä ennen tietojen yhdistämistä.

Omasoten ja Effican tiedot yhdistettiin Omasotea käyttävien asiakkaiden perusteella. Effican tietoja oli käsitelty terveysasemittain, mutta yhdistettäessä tiedot terveysasema kirjattiin asiakkaan riville. Tietojen yhdistämisen jälkeen laskettiin henkilöiden ikä ja kirjattiin sukupuoli. Lopuksi henkilötunnus korvattiin juoksevalla numeroinnilla, jolloin tulosten käsittelyssä ei voitu tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Data, jossa oli henkilötunnukset, hävitettiin asianmukaisesti heti tutkimuksen jälkeen.

Tietojen yhdistämisen jälkeen tutkimusaineistosta erotettiin ne henkilöt, joita ei löytynyt lainkaan Effican datasta ja joille ei ollut tehty käynti- tai puhelinkontaktimerkintä Effican vuonna 2014. Nämä erotettiin tutkimusaineistosta, koska käyntien ja puhelinkontaktien määrän muutosta tutkittaessa henkilöt, joilla ei ole ollut hoitosuhdetta lainkaan tai lähtötilanteessa vääristävät tutkimustuloksia. Tämä aineisto huomioitiin kuitenkin käsiteltäessä Omasoten käyttöä yleisesti.

6.6 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validiteetti kuvaa sitä, kuinka on onnistuttu mittaamaan juuri sitä mitä oli tarkoitus mitata. Validiutta on vaikea tarkastella tutkimuksen tekemisen jälkeen. (Heikkilä 2005, 186) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin tietojärjestelmien datasta. Omasoten osalta data on luotettavaa, koska se perustuu käyttäjien lokitietoihin, jolloin todennäköisyys on suuri sille, että mitataan sitä, mitä on tarkoitus mitata. Potilastietojärjestelmästä saatu data on myös luotettavaa siltä osin, että

mittausvirheen mahdollisuus on pieni, kun tiedot poimitaan raportointitietokannasta tilastohauulla. Koska tiedot ovat sitä, mitä ammattilaiset ovat kirjanneet, vaikuttavat kirjaamiskäytännöt tutkittavan datan luotettavuuteen. Tutkittaessa käyntien ja kontaktien määrän muutosta, on tulos luotettava, jos kirjaamiskäytännöt ovat olleet tutkimusajanjaksojen aikana samanlaiset.

Tutkimukseen käytettävän datan luotettavuutta voidaan tarkastella ottamalla sähköisen asioinnin kontaktit sekä potilastietojärjestelmään kirjatusta että Omasoten datasta. Näitä vertaamalla voidaan todentaa potilastietojärjestelmään kirjattujen tietojen luotettavuus sähköisen palvelun käytön osalta.

Omasoten kautta lähetettyjen ja vastaanotettujen viestien määrät poimittiin vain tutkimuksessa mukana olleiden terveysasemien kansanterveyshoitajien yhteisistä viestijonoista. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät viestien määrät, jotka oli lähetetty kansanterveyshoitajien henkilökohtaisista viestijonoista tai vastaanotettu niihin. Jos nämä jonot olisivat olleet mukana tutkimuksessa, lähetettyjen tai vastaanotettujen viestien määrä olisi voinut olla suurempi. Tutkimusongelmien selvittämiseen tällä ei ollut merkitystä.

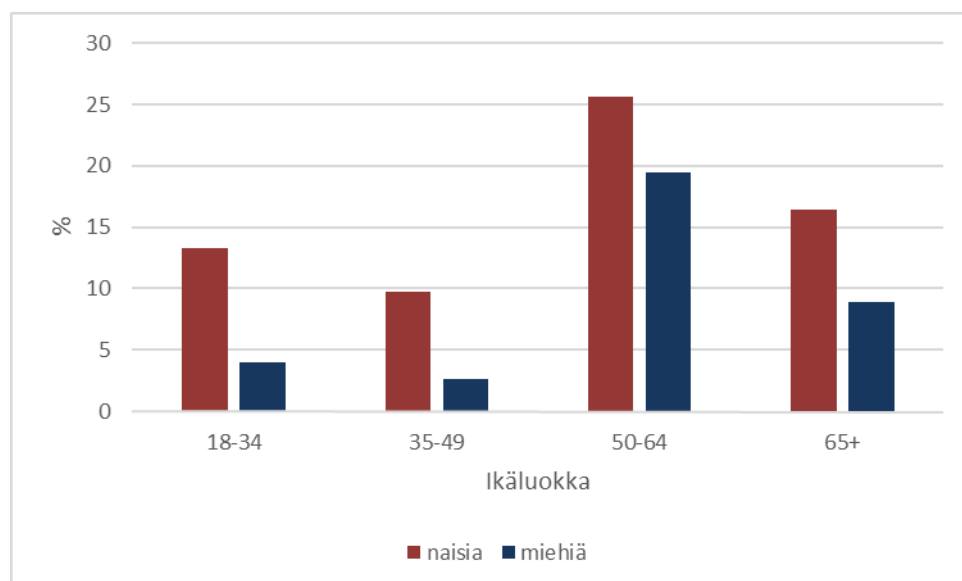
.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksessa oli yhteensä 226 Omasotea käyttänyttä henkilöä. Henkilöitä, joita ei löytynyt lainkaan potilastietojärjestelmä Effican tutkimusdatasta oli 67. Henkilöitä, joille ei ollut tehty tilastomerkintää käynnistä tai puhelinkontaktista Efficaan vuonna 2014 oli 53. Kaikki henkilöt otettiin mukaan tutkimukseen käsiteltäessä Omasoten käyttöä yleisesti. Tutkittaessa käyntien ja puhelinkontaktien määrän muutosta, otettiin tutkimukseen mukaan Omasotea käyttäneet henkilöt, joista oli tilastomerkintä potilastietojärjestelmässä vuonna 2014. Käyntien ja puhelinkontaktien määrän muutoksen tutkimisaineistoksi muodostui 106 Omasotea käyttänyttä kansanterveyshoitajien asiakasta.

7.1 Kainuun Omasoten käyttö

Tutkimusaineistossa oli Omasotea käyttäneitä henkilöitä yhteensä 226, joista 65 % oli naisia ja 35 % miehiä. 18-34 vuotiaita oli 17 %, 35-49 vuotiaita 13 %, 50-64 vuotiaita 45 % ja yli 65 vuotiaita 25 %. Kuvassa 7 on esitetty Omasotea käyttäneet henkilöt ikäluokittain ja sukupuolittain.



Kuva 7. Omasoten kautta kansanterveyshoitajien kanssa viestineiden henkilöiden ikä- ja sukupuolijakauma (n=226)

Nuorin henkilö oli 18 ja vanhin 88 vuotias. Kajaanilaisia heistä oli 55 %, paltamolaisia 5 %, ja suomussalmelaisia 10 %. Kuntatietoa ei saatu 30 %:lta, koska heistä ei ollut merkintää potilastietojärjestelmässä. Tuloksia ei esitetä terveysasemittain, koska Paltamon ja Suomussalmen terveysasemien Omasotea käyttäneiden asiakkaiden määrät ovat niin pieniä, että niiden perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä.

Tutkimuksessa mukana olleiden Omasotea käyttäneiden henkilöiden ikäjakauma vastaa enemmän pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilöiden kuin internettiä käyttävien ikäjakaumaa. Terveyskirjaston (2016) mukaan pitkäaikaissairaiden osuus aikuisväestössä kasvaa nuoremmista vanhempiin ikäluokkiin, kun taas internetin käyttö vähenee. Yli 65 vuotiaiden kohdalla internetin käytön aktiivisuus näkyy myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Naisten osuus Omasoten käyttäjistä oli suurempi kuin miesten. Vastaava tulos on tilastokeskuksen internettiä sairauksista ja terveydestä liittyvän tiedon etsimiseen käyttävien kohdalla.

Taulukossa 2 on kuvattu tutkimusajanjakson aikana 1.1.-30.6.2015 Omasotea käyttäneiden henkilöiden (n=226) Omasoten käyttö. Kansanterveyshoitajille oli lähetetty yhteensä 328 viestiä, kansanterveyshoitajilta oli vastaanotettu 425 viestiä, laboratoriotulossivu oli avattu 3589 kertaa ja INR-mittaussivu 192 kertaa.

Taulukko 2. Omasotea käyttäneiden henkilöiden Omasoten käyttö (n=226)

Omasoten käyttö	Määrä	Määrä/henkilö
Kansanterveyshoitajille lähetettyjen viestien määrä	328	1,45
Kansanterveyshoitajalta vastaanotettujen viestien määrä	425	1,88
Laboratoriotulossivun avausten määrä	3589	15,9
INR-mittaussivun avausten määrä	192	0,85

72 % (n=226) Omasotea käyttäneistä oli lähettänyt yhden viestin kansanterveyshoitajille. 5-10 viestiä lähettäneitä oli 2,2 % Omasotea käyttäneistä. Kansanterveyshoitajat olivat lähettäneet viestin kerran 56 %:lle ja 5-11 kertaa 8,4 %:lle. Henkilöitä, joita ei löytynyt potilastietojärjestelmän tilastoista oli 67. Heistä 27 %:lle olivat kansanterveyshoitajat lähettäneet 2-4 viestiä ja 9 %:lle 5-9 viestiä.

Laboratoriotulossivun alle 10 kertaa avanneita oli 42 % (n=226), 10-50 kertaa avanneita 39 %, 51-100 kertaa avanneita 5,3 % ja yli 100 kertaa avanneita 1,3 %. Omasoten käyttäjistä 96 % ei ollut avannut INR-mittauksivua kertaakaan tutkimusajanjakson aikana, alle 10 kertaa oli avannut 3,1 % ja 10-73 kertaa 1,8 %.

7.2 Sähköisen asiointipalvelun käyttöönoton vaikutus terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään

Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka sähköisen asiointipalvelun käyttöönotto on vaikuttanut terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään. Vuoden 2014 tutkimusajanjaksosta vuoden 2015 tutkimusajanjaksoon verrattuna sekä asiakasmäärät että käyntien ja kontaktien määrät olivat kasvaneet (Taulukko 3).

Taulukko 3. Terveysasemien hoitohenkilöstön asiakasmäärät, käyntien ja kontaktien määrät sekä niiden muutos

Ajanjakso	Tammi- kesäkuu 2014	Tammi- kesäkuu 2015	Muutos
Asiakkaiden määrä	10 216	10 350	+1,3 %
Käyntien määrä	14 911	15 378	+ 3,0 %
Puhelinkontaktien määrä	14 679	15 304	+ 4,1 %
Puhelinkontaktien ja sähköisen palvelukanavan kontaktien määrä	14 679	15 400	+ 4,7 %

Vuoden 2014 tutkimusajanjakson aikana terveysasemien hoitohenkilöstön asiakkaita, joilla oli tilastomerkintä joko käynnistä tai puhelinkontaktista, oli 10 216 ja vuonna 2015 10 350 henkilöä. Asiakasmäärä oli kasvanut 1,3 %, käyntien määrä 3,0 % ja puhelinkontaktien määrä 4,1 %. Sähköinen palvelukanava oli vuonna 2015 kirjattu kontaktilajiksi 96 kertaa. Jos tämä lisätään puhelinkontaktien määrään, on kontaktien määrä kasvanut 4,7 %.

7.3 Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutus Omasotea käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään

Tutkittaessa sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta käyntien ja kontaktien määrään otettiin tutkimukseen mukaan Omasotea käyttäneet henkilöt, joilla oli potilastietojärjestelmässä merkintä käynnistä tai puhelinkontaktista vuodelta 2014. Jos merkintää ei ollut, ei henkilö ole välttämättä ollut terveysaseman hoitohenkilöstön asiakas ja tietojen vertaaminen vuoden 2015 lukuihin vääristää tuloksia. Vuonna 2014 käynnistä tai puhelinkontaktista oli potilastietojärjestelmässä merkintä 106 henkilöllä.

Taulukossa 4 on esitetty vuoden 2014 ja 2015 tutkimusajanjaksojen käynnit ja kontaktit sekä niiden muutos. Tuloksista nähdään, että Omasotea käyttäneiden kansanterveyshoitajien asiakkaiden sekä käyntien että kontaktien määrä oli vähentynyt 23 %. Sähköinen palvelukanava oli Omasotea käyttäville asiakkaille kirjattu kontaktilajiksi 30 kertaa. Mikäli tämä lasketaan puhelinkontaktien kanssa yhteen, on kontaktien määrä vähentynyt 4,8 %.

Taulukko 4. Omasotea käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden (n=106) käyntien ja kontaktien määrä tutkimusajanjaksoina

Ajanjakso	Tammi- kesäkuu 2014	Tammi- kesäkuu 2015	Muutos
Käyntien määrä	163	126	- 23 %
Puhelinkontaktien määrä	168	130	- 23 %
Puhelinkontaktien ja sähköisen palvelukanavan kontaktien määrä	168	160	- 4,8 %

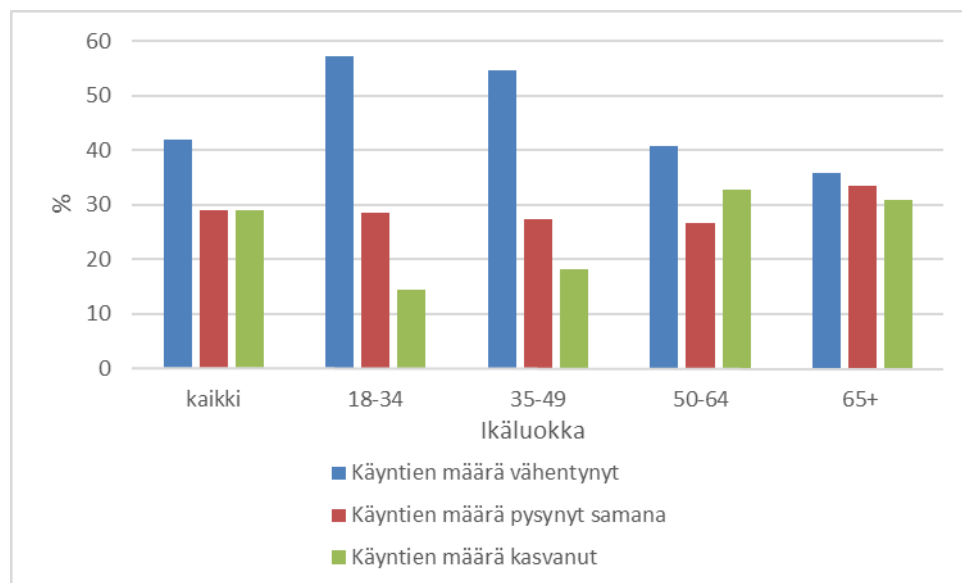
Taulukossa 5 on esitetty kansanterveyshoitajien asiakkaiden Omasoten käyttö. Kansanterveyshoitajille oli lähetetty Omasoten kautta 169 viestiä ja kansanterveyshoitajat olivat lähettäneet asiakkaille 196 viestiä. Kohderyhmä oli avannut laboratoriotulossivun 2118 kertaa ja INR-mittaussivun 183 kertaa, joka on 95 % kaikista Omasoten käyttäjistä (n=226).

Taulukko 5. Omasotea käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden (n=106) Omasoten käyttö tammi-kesäkuussa 2015

Omasoten käyttö	Määrä	Määrä/henkilö	Osuus Omasotea käyttäneiden (n=226) käyttömäärästä
Kansanterveyshoitajille lähetettyjen viestien määrä	169	1,59	51 %
Kansanterveyshoitajalta vastaanotettujen viestien määrä	196	1,85	46 %
Laboratoriotulossivun avausten määrä	2118	20	59 %
INR-mittaussivun avausten määrä	183	1,7	95 %

7.3.1 Käyntimäärien muutos ikäluokittain

Tutkimustulokset osoittavat, että Omasoten käyttö on vaikuttanut kansanterveyshoitajien vastaanottokäyntien määrään seuraavasti; 42 %:lla (n=106) Omasotea käyttäneistä kansanterveyshoitajien asiakkaista käyntien määrä on vähentynyt, 29 %:lla pysynyt samana ja 29 %:lla lisääntynyt. Käyntimäärän muutos ikäluokittain on esitetty kuvassa 8.

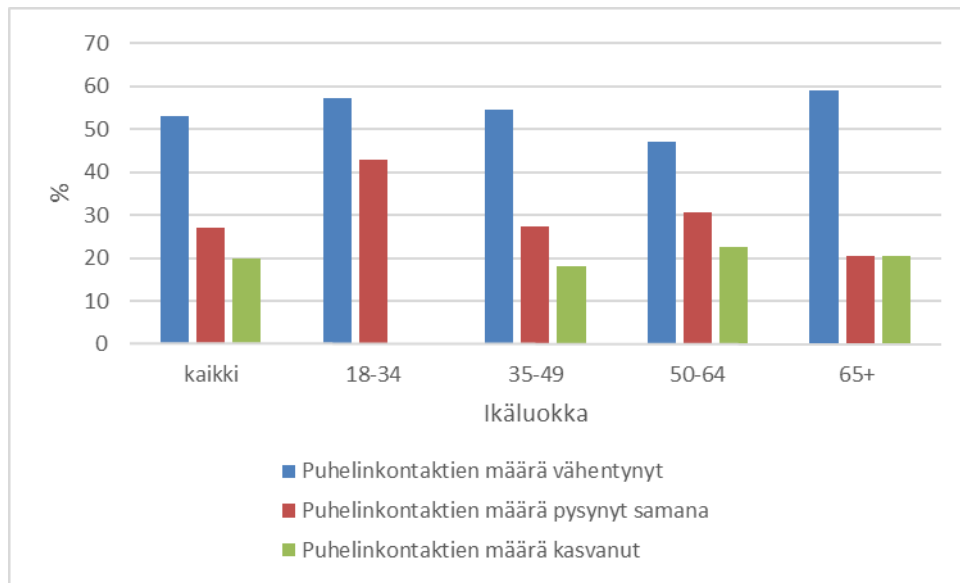


Kuva 8. Omasoten käytön vaikutus käyntien määrään ikäluokittain

Omasoten käyttö on vähentänyt käyntien määrää kaikissa ikäluokissa. Suurin vaikutus on ollut alle 50-vuotiailla, joista 56 %:lla Omasoten käyttö on vähentänyt käyntien määrää. Pienin vaikutus on ollut yli 65 vuotiailla, joista 36 %:lla käyntien määrä on vähentynyt. Omasoten käyttö on säästänyt keskimäärin 0,35 käyntiä tutkimusajanjakson aikana,

7.3.2 Puhelinkontaktien määrän muutos

Puhelinkontaktien määrään Omasoten käyttö oli vaikuttanut seuraavasti; 53 %:lla (n=106) Omasotea käyttäneistä asiakkaista puheluiden määrä oli vähentynyt, 27 %:lla pysynyt samana ja 20 %:lla lisääntynyt. Kuvassa 9 on esitetty Omasoten käytön vaikutus puhelinkontaktien määrään.



Kuva 9. Omasoten käytön vaikutus puhelinkontaktien määrään ikäluokittain

Omasoten käyttö on vähentänyt myös puhelinkontaktien määrää kaikissa ikäluokissa, mutta muutos on ollut kaikissa ikäluokissa suurempi kuin käyntien kohdalla. Suurin muutos on ollut yli 65-vuotiailla, joista 59 %:lla Omasoten käyttö on vähentänyt puhelinkontaktien määrää.

Omasoten käyttö on säästänyt keskimäärin 0,35 käyntiä ja 0,36 puhelua tutkimusajanjakson aikana, mikä on yhteensä 1,41 käyntiä tai puhelinkontaktia vuodessa. Tulos vastaa Hyppösen ym. (2014, 5-6) tutkimuksen tulosta, jossa säästöä on 1,37 käyntiä tai muuta yhteydenottoa vuodessa.

7.3.3 Omasoten itsenäisen käytön vaikutus puhelinkontaktien määrään

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, kuinka Omasotesta nähtävien laboratoriotulosten katselu on vaikuttanut puhelinkontaktien määrään. Asiakkaan puhelinkontaktin tilastotietoihin kirjataan SPAT1249-koodi, kun hoitoon liittyvä neuvonta tehdään vastaanoton ulkopuolella. Muun muassa laboratoriotulosten kertominen pu-

helimitse kirjataan tällä koodilla. Tutkimuksessa verrattiin Omasoten laboratoriotulossivun avausten määrää puhelinkontaktin yhteydessä kirjattuihin SPAT1249-koodien määrään.

Tutkimustulosten (Taulukko 6) perusteella vuoden 2014 tutkimusajanjakson aikana puhelimitse hoidon ohjausta sai 25 % Omasotea käyttäneistä kansanterveyshoitajien asiakkaista (n=106) yhteensä 41 kertaa. Vuonna 2015 hoidon ohjausta puhelimitse sai 27 % asiakkaista yhteensä 43 kertaa ja sähköisen palvelukanavan kautta 15 % asiakkaista yhteensä 18 kertaa. Puhelimitse hoidon ohjausta saaneet asiakkaat olivat avanneet Omasoten laboratoriotulossivun yhteensä 624 kertaa (22 kertaa/asiakas) ja sähköisen palvelukanavan kautta hoidon ohjausta saaneet 425 kertaa (74 kertaa/asiakas).

Taulukko 6. Laboratoriotulosten katselun vaikutus vastaanoton ulkopuolella annettavan hoidon ohjauksen määrään (n=106)

Hoidon ohjausta vastaanoton ulkopuolella saaneet (56 %)	Tammi-kesäkuu 2014	Tammi-kesäkuu 2015	Lab. sivun avausten määrä
Puhelimitse annetun hoidon ohjauksen määrä	41	43	624
Sähköisen palvelukanavan kautta annetun hoidon ohjauksen määrä	-	18	425
Puhelimella tai sähköisen palvelukanavan kautta annetun hoidon ohjauksen määrä	-	61	909
Ei hoidon ohjausta vastaanoton ulkopuolella saaneet (46 %)	-	-	939

Kansanterveyshoitajien asiakkaista (n=106) 46 % ei ollut saanut hoidon ohjausta puhelimitse tai sähköisen palvelukanavan kautta tutkimusajanjaksojen aikana. He

olivat avanneet Omasoten laboratoriotulossivun yhteensä 939 kertaa (20 kertaa/asiakas).

Laboratoriotulossivun katselu ei ole vaikuttanut puhelimitse annetun hoidon ohjauksen määrään. Jos vastaanoton ulkopuolella tapahtuvan hoidon ohjauksen määrään lasketaan sähköisen palvelukanavan kautta annettu hoidon ohjaus, on hoidon ohjauksen määrä kasvanut 49 %. Verrattaessa vastaanoton ulkopuolella hoidonohjausta saaneiden ja ei hoidon ohjausta saaneiden asiakkaiden laboratoriotulossivun avaamiskertoja, ei niiden välillä ole tilastollisesti merkittävää eroa.

7.4 Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta kuvaava mittari

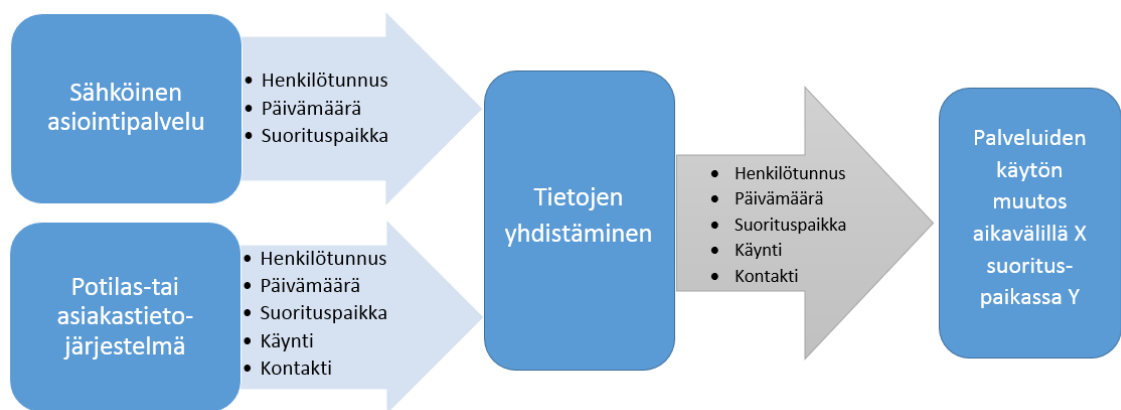
Ylisirniön (2011, 210) mukaan mittaamisen tulee olla johtamisen ytimessä yhdistäen strategiset tavoitteet, saatu informaatio ja toimenpiteet. Kainuun sotien strategiseksi päämääräksi on asetettu prosessien ja johtamisen näkökulmasta tehokkaat toimintatavat ja parhaat palvelut. Mittariksi on valittu sähköisten asiointipalveluiden käyttöaste, mikä on hyvä mittari kuvaamaan palveluiden käyttöä ja niiden tarpeellisuutta.

Mitattaessa uusien palvelumuotojen vaikutusta, kannattaa Jääskeläisen ym. (2013, 21) mukaan mitata palveluiden käytön vähenemistä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että palveluiden käytön muutosta kuvaava mittari kertoo hyvin uuden palvelumuodon käytön vaikutuksesta muiden palvelumuotojen käyttöön. Tulokset osoittavat myös, että mittarissa käytettävien tietolähteiden valinnassa täytyy olla huolellinen. Uuden palvelumuodon vaikutusta ei voi mitata kaikkien asiakkaiden palveluiden käytön muutoksella silloin, kun palvelun käyttö on vielä vähäistä vaan mittaus täytyy kohdistaa niihin asiakkaisiin, jotka ovat palvelua käyttäneet.

Mittaria ja siihen tarvittavia tietolähteitä valittaessa täytyy ymmärtää myös ilmiö, jota ollaan mittaamassa. Mitattaessa kaikkien asiakkaiden palveluiden käytön muutosta, muiden palveluiden käytön lisääntyminen ei välttämättä kerro, että sähköisen asiointipalvelun käyttöönotto olisi aiheuttanut muiden palveluiden käytön

lisääntymisen. Tämä voi kertoa myös muusta ilmiöstä, kuten väestön sairastavuuden lisääntymisestä tai siitä, että on palkattu enemmän resursseja, jolloin on voitu hoitaa enemmän asiakkaita. Siksi kaikkien asiakkaiden palveluiden käytön muutosta mitattaessa tulisi huomioida myös henkilöstöresurssien muutokset.

Tutkimustulosten perusteella sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutuksen yhtenä mittarina voidaan pitää palveluiden käytön muutosta. Mittariin tarvittavat tiedot poimitaan sekä sähköisen asiointipalvelun että potilas- tai asiakastietojärjestelmän datasta. Kuvassa 10 on esitetty mittariin tarvittavat tiedot ja niiden yhdistäminen.



Kuva 10. Palveluiden käytön muutoksen mittaamiseen tarvittavat tiedot ja niiden yhdistäminen

Mittari kuvaa toimintatapojen tehokkuutta antaen tietoa strategisen johtamisen tueksi, mikäli tiedot poimitaan laajemmin kuin yksikkökohtaisesti. Mittarilla voidaan saada tietoa sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutuksesta myös suorituspaikkojen välillä, jolloin voidaan katsoa esimerkiksi palveluprosesseittain sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta, kuinka se on vaikuttanut raskaampien palveluiden käyttöön.

Mittarin luotettavuuteen vaikuttaa merkittävästi käyntien ja kontaktien kirjaaminen potilastietojärjestelmään. Mittari on sitä luotettavampi, mitä paremmin ja yhtenäisemmin käynnit ja kontaktit potilastietojärjestelmään kirjataan.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

8.1 Kainuun Omasoten käyttöönoton ja käytön vaikutus käyntien ja kontaktien määrään

Tutkimustulokset osoittavat, että Omasoten käyttöönotto ei ole vähentänyt terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja puhelinkontaktien määrää, mutta Omasotea käyttävien henkilöiden kohdalla sekä käyntien että puhelinkontaktien määrä on vähentynyt. Yllättävää on, että se on vaikuttanut yhtä paljon (- 23 %) molempiin.

42 %:lla Omasotea käyttäneistä kansanterveyshoitajien asiakkaista (n=106) käyntien määrä on vähentynyt, puhelinkontaktien kohdalla vastaava luku on 53 %. Käyntien osalta suurin vaikutus on ollut alle 50 vuotiaisiin, joista 56 %:lla käyntien määrä on vähentynyt. Puhelinkontaktien määrää Omasoten käyttö on vähentänyt joka ikäluokan osalta lähes saman verran. Vähiten käyntien määrään, mutta eniten puhelinkontaktien määrään Omasoten käyttö on vaikuttanut yli 65 vuotiailla, joista 36 %:lla väheni käyntien määrä ja 59 %:lla väheni puhelinkontaktien määrä. Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että suurin vaikutus Omasoten käytöllä on ollut puhelinkontaktien määrään.

Tutkimus ei tuo esiin ilmiötä, kuinka paljon Omasoten käyttö vähentää ammattilaisten käyttämää aikaa asiakkaan tavoittamiseen puhelimitse, koska tätä aikaa ei tilastoida eikä kirjata. Tutkimuksella ei voitu myöskään mitata, kuinka paljon enemmän tai vähemmän vie aikaa asioiden hoitaminen puhelimella kuin sähköisesti. Nämä olisivat hyviä jatkotutkimusaiheita.

Mikäli tutkimustulokset olisivat yleistettävissä, voitaisiin helposti laskea, kuinka paljon sähköinen asiointipalvelu siirtää painopistettä käynneistä ja puhelinkontakteista sähköiseen asiointiin. Lisäksi voitaisiin laskea, miten se vaikuttaa resurssien tarpeeseen, mikäli sähköisen asiointipalvelun käyttöastetta saadaan nostettua tiettyyn prosenttiin.

INR-mittaussivu on otettu Omasotessa käyttöön marraskuussa 2015. Tutkimustulokset osoittavat, että sivun käyttö on ollut vähäistä, mikä voi johtua siitä, että tutkimusajanjakso ajoittuu INR-mittaussivun käyttöönoton alkuvaiheeseen, jolloin palvelu ei ole ollut tiedossa asiakkailta eikä kansanterveyshoitajilla. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä INR-mittaussivun käytön vaikutuksesta puhelinkontaktien tai käyntien määrään.

Tässä tutkimuksessa ei tutkittu hoitohenkilöstön toimintatavan muutosta sähköisen asiointipalvelun käyttöönoton yhteydessä. Sähköisiä asiointipalveluja käyttöönotettaessa tulee muuttaa myös palveluprosesseja, jotta voidaan saavuttaa paras mahdollinen hyöty. Jatkotutkimusaiheena voisikin tutkia, kuinka sähköisen palvelun käyttöönoton yhteydessä tehty palveluprosessin muutos vaikuttaa joko käyntien ja kontaktien määrään tai ammattilaisten käyttämän työajan määrään.

Tutkimuksen mukaan Omasoten käyttöönoton jälkeen terveysaseman hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden määrä sekä käyntien ja puhelinkontaktien määrä ovat lisääntyneet. Tutkimus kuitenkin osoitti, että se ei ole johtunut Omasoten käyttöönotosta vaan syy on todennäköisesti jokin muu. Koska sähköisen asiointipalvelun yhtenä tavoitteena on pystyä hoitamaan samoilla henkilöstöresursseilla suurempi määrä asiakkaita, olisikin mielenkiintoista selvittää, onko tutkimusajanjaksojen välillä tapahtunut henkilöstöresursseissa muutoksia. Mikäli henkilöstöresurssit ovat pysyneet samana tai vähentyneet, osoittaa tutkimus myös, että sähköinen asiointipalvelu vähentää henkilöstöresurssin tarvetta.

8.2 Vaikutusten mittaaminen

Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusten mittaamiseen yksi hyvä mittari on palveluiden käytön muutos. Mittariin tarvittavan tiedon saaminen eri järjestelmistä ja tietojen yhdistäminen olisi turhan työlästä toteuttaa manuaalisesti. Kainuun sotessa on otettu käyttöön Johdon työpöytä, jossa voidaan yhdistää eri tietojärjestelmistä saatavaa tietoa sekä esittää ne graafisessa ja numeerisessa muodossa. Jatkotutkimuksena tulisi selvittää, voiko palveluiden käytön muutosta mittaavan mittarin tiedot tuoda Johdon työpöydälle.

Haluttaessa mitata sähköisen asiointipalvelun käytön vaikuttavuutta tarvitaan lisäksi myös muita mittareita. Vaikuttavuuden mittaamisen yhtenä lähestymistapana voidaan Sitran (2014a) mukaan pitää sitä, että vaikutukset valitaan huolella ja luotetaan, että niiden vaikuttavuus on positiivinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen asiointipalvelun kohdalla tällaisia vaikutuksia voivat olla esimerkiksi asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset, taloudelliset sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset.

Sitran (2016a) mukaan sähköisillä asiointipalveluilla voidaan terveydenhuollon painopistettä siirtää sairauksien hoitamisesta terveyden edistämiseen. Tässä tutkimuksessa tutkittiin sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta vain terveystieteiden kansanterveyshoitajien vastaanotolla tapahtuvien käyntien ja puhelinkontaktien osalta. Näin saadaan selville sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutus yhden ammattiryhmän palveluiden osalta. Mikäli halutaan tietää, onko sähköisen palvelun käyttö siirtänyt terveydenhuollon painopistettä raskaammista palveluista kevyempiin palveluihin, täytyy tutkia sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta palveluprosesseittain eri yksiköiden välillä.

8.3 Tilastointitiedon kirjaamisen puutteet

Tutkimus nosti esiin kirjaamiseen liittyvän ongelman, mikä vaikuttaa myös mittaukseen. Tutkimusaineistosta nousi esiin puutteellinen tilastoinnin kirjaaminen. Omasoten tietokannan mukaan kansanterveyshoitajat olivat lähettäneet asiakkaille jopa useita viestejä Omasoten kautta, mutta asiakkaasta ei ollut potilastietojärjestelmässä tilastomerkintöjä. Omasoten tietokannasta saadut tiedot perustuvat Omasoten todelliseen käyttöön, kun taas potilastietojärjestelmän tietokannasta saadut tiedot ovat hoitohenkilöstön kirjaamaa tietoa. Tilastomerkintä tehdään, kun käyntiin tai kontaktiin liittyy ohjausta tai neuvontaa.

Yksittäisten viestien lähettäminen voidaan selittää sillä, että asiakas on lähettänyt viestinsä väärään jonoon ja kansanterveyshoitaja on vastannut asiakkaan viestiin.

Näistä ei tilastomerkintää tarvitse tehdä. Sähköisen asiainn kontaktista tilastomerkintä oli tehty potilastietojärjestelmään vain 30 kertaa, kun taas Omasoten tietokannan mukaan viestejä oli lähetetty tai vastaanotettu yhteensä 365.

Omasotea käyttäneistä henkilöistä (n=226) 11 %:lle olivat kansanterveyshoitajat lähettäneet kahdesta yhdeksään viestiä, mutta näistä ei ollut tehty tilastomerkintää potilastietojärjestelmään. Näiden asiakkaiden osalta voidaan olettaa, että tilastomerkintä on ainakin osittain puutteellinen. Olisi hyvä tutkia, onko näiden asiakkaiden potilastietoihin kirjattu muuta tietoa viestinvälitykseen liittyen.

Koska tilastomerkintä tehdään vasta, kun käyntiin tai kontaktiin liittyy hoidon ohjausta, jää asiakkaille tehtyä työtä paljon tilastoimatta. Tilastointia tuleekin kehittää siihen suuntaan, että tilastot syntyvät automaattisesti ammattilaisten kirjaamien hoitoon liittyvien tietojen, sähköisen asiointipalvelun käytön sekä puhelinkontaktien perusteella.

8.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Omasotea käyttäneet kansanterveyshoitajien asiakkaat otettiin tutkimukseen mukaan kansanterveyshoitajille lähetettyjen tai heiltä vastaanotettujen viestien perusteella. Viestijonot, joiden tilastoista asiakkaat valittiin tutkimukseen, olivat kolmen terveysaseman kansanterveyshoitajien yksikkökohtaisia jonoja, joihin vastaajina olivat kaikki yksikön kansanterveyshoitajat. Mikäli kansanterveyshoitajat olivat lähettäneet asiakkaille suoraviestejä henkilökohtaisista jonoista, eivät viestit olleet tilastoituneet tutkimukseen otettuihin jonoihin. Nämä puuttuvat viestit eivät vaikuttaneet käyntien ja puhelinkontaktien muutoksen tutkimustuloksiin, koska nämä tiedot otettiin potilastietojärjestelmästä. Tiedot vaikuttavat kansanterveyshoitajien lähettämien ja vastaanottamien viestien määrän oikeellisuuteen siten, että tutkimuksessa esitetyt viestimäärät voivat olla todellista pienempiä.

Tutkimustulokset ovat suuntaa antavia, koska kohderyhmä on pieni ja palvelun käyttö tutkimuksen ajankohtana vähäistä. Tutkimusaineisto perustuu käyntien ja puhelinkontaktien osalta kirjattuun tietoon, jolloin tieto ei välttämättä vastaa todellista palveluiden käyttöä.

9 YHTEENVETO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, kuinka Kainuun Omasoten käyttöönotto ja käyttö on vaikuttanut terveysaseman hoitohenkilöstön asiakkaiden käyntien ja kontaktien määrään sekä laatia sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutusta kuvaava mittari. Tutkimuksen pääongelmana oli, kuinka Kainuun Omasote –palvelun käyttö on vaikuttanut käyntien ja kontaktien määrään.

Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa. Ensimmäinen osa toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena rekisteritutkimuksena, jossa aineisto kerättiin sekä potilastietojärjestelmästä että sähköisen asiointipalvelun järjestelmästä. Aineisto käsiteltiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Tutkimuksen toinen osa toteutettiin aineistotutkimuksena, jossa selvitettiin sähköisten asiointipalveluiden kytkeminen Kainuun soten strategiaan tavoitteisiin. Tutkimustulosten perusteella pyrittiin löytämään mittari, joka tukee strategian toteutumista hyödynnettäessä sähköisiä asiointipalveluita.

Tutkimustulosten mukaan Kainuun Omasoten käyttöönotto ei ole vähentänyt terveysasemien hoitohenkilöstön kaikkien asiakkaiden käyntien ja puhelinkontaktien määrää, mutta Kainuun Omasotea käyttävien kansanterveyshoitajien asiakkaiden kohdalla sekä käyntien että puhelinkontaktien määrä on vähentynyt 23 %. Puhelin- ja sähköisen asioinnin kontaktit yhteenlaskettuna kontaktien määrä on vähentynyt 4,8 %. Omasoten käyttö on säästänyt keskimäärin 0,35 käyntiä ja 0,36 puhelua tutkimusajanjakson aikana, mikä on yhteensä 1,41 käyntiä tai puhelinkontaktia vuodessa. Tulos vastaa Hyppösen ym. (2014, 5-6) tutkimuksen tulosta, jossa säästöä on 1,37 käyntiä tai muuta yhteydenottoa vuodessa.

Sähköisen asiointipalvelun käytön vaikutuksen yhtenä mittarina voidaan pitää palveluiden käytön muutosta. Luotettavan tiedon saamiseksi mittarissa käytettävät tiedot täytyy poimia sekä sähköisen asiointipalvelun että potilas- tai asiakastietojärjestelmän datasta. Mittariin tarvittavan tiedon saaminen eri järjestelmistä ja tietojen yhdistäminen olisi turhan työlästä toteuttaa manuaalisesti. Kainuun sotessa on otettu käyttöön Johdon työpöytä, jossa voidaan yhdistää eri tietojärjestelmistä

saatavaa tietoa sekä esittää ne graafisessa ja numeerisessa muodossa. Jatkotutkimuksena tulisikin selvittää, voiko palveluiden käytön muutosta mittaavan mittarin tiedot tuoda Johdon työpöydälle.

Tutkimusaineistosta nousi esiin puutteellinen tilastoinnin kirjaaminen, mikä vaikuttaa myös mittaamiseen. Sähköisen asiointin kontaktista tilastomerkintä oli tehty potilastietojärjestelmään vain 30 kertaa, kun taas Omasoten tietokannan mukaan viestejä oli lähetetty tai vastaanotettu yhteensä 365. Tilastointia tulee kehittää siihen suuntaan, että tilastot syntyvät automaattisesti ilman erillistä tilastointimerkintöjen tekemistä.

Tutkimustulokset ovat suuntaa antavia, koska kohdejoukko on pieni ja palvelun käyttö tutkimuksen ajankohtana vähäistä. Tutkimusaineisto perustuu käyntien ja puhelinkontaktien osalta kirjattuun tietoon, jolloin tieto ei välttämättä vastaa todellista palveluiden käyttöä.

LÄHTEET

eOmahoito kansalaisten tueksi. 2016. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Kustannus Oy Duodecim. Luettu 19.2.2016. <http://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/eomahoito-kansalaisten-tueksi/>

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2004. Tilastolliset menetelmät. Helsinki. WS Bookwell Oy.

Hyppönen, H., Hyry, J., Valtta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja kehittämistarpeet. Raportti 33/2014. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

JHS 164. Tunnistautuminen ja maksaminen sähköisessä asiointissa VETUMA-palvelun avulla. 2012. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. Luettu 17.10.2015. <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs164>

Jääskeläinen, A., Laihonon, H., Lönnqvist, A., Pekkola, S., Sillanpää, V. & Ukko, J. 2013. Arvoa palvelutuotannon mittareista. Tampere. Tampereen teknillinen yliopisto. Tekes.

Kainuun omahoitolomake. 2015. Luettu 15.10.2015. http://sote.kainuu.fi/alltypes.asp?menu_id=1983

Kainuun Omasote –palvelu. 2016. Luettu 21.2.2016. <http://omasote.kainuu.fi>

Kainuun sote. 2016a. Internet sivut. Luettu 20.2.2016. <http://sote.kainuu.fi/index.asp>

Kainuun sote. 2016b. Omasoten esittely. Diasarja.

Kankkunen, K. Matikainen, E. & Lehtinen, L. 2005. Mittareilla menestykseen. Helsinki. Talentum Media Oy.

Kansallinen Terveysarkisto. 2016. Internet sivut. Luettu 20.2.2016. <http://www.kanta.fi>

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2010. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 3.10.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf

Niemelä, M., Pirker, A. & Westerlund, J. 2008. Strategiasta tuloksiin: tehokas johtamisjärjestelmä. Helsinki. WSOY.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssan kirjapaino.

Rytsy, A. 2012. Terveystenhuollossa tarvitaan omahoitoa ja vaikuttavampia tutkimuksia. Ratkaisu 3/2012.

THL. 2016. Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 9.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaali-ja-terveysalan-palvelukokonaisuus>

Sitra. 2014a. Kannattaako vaikuttavuutta yrittää mitata? Sitra. 3.3.2014. Luettu 1.4.2016. <http://www.sitra.fi/artikkelit/hyvinvointi/kannattaako-vaikuttavuutta-yrittaa-mitata>

Sitra. 2014b. Digitaalisten terveys- ja hyvinvointipalveluiden potentiaali on vielä käyttämättä. Sitra. 18.11.2014. Luettu 19.2.2016. <http://www.sitra.fi/uutiset/digitaalisten-terveys-ja-hyvinvointipalveluiden-potentiaali-viela-kayttamatta>

Sitra. 2015. Nuoret lääkärit: Omahoitoa tukevaan teknologiaan uskotaan. Sitra 22.9.2015. Luettu 28.2.2016. <http://www.sitra.fi/uutiset/omahoito/nuoret-laakarit-omahoitoa-tukevaan-teknologiaan-uskotaan>

Sitra. 2016a. Omahoito on tulevaisuutta. Luettu 28.2.2016. <http://www.sitra.fi/hyvinvointi/omahoito>

Sitra. 2016b. ODA-päätös suuri mahdollisuus terveyskeskusjonojen purkamiseen. 3.2.2016. Luettu 19.2.2016. <http://www.sitra.fi/uutiset/hyvinvointidata/oda-paatos-suuri-mahdollisuus-terveyskeskusjonojen-purkamiseen>

STM. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetään uusia sähköisiä palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 11/2016. Luettu 9.2.2016. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuoltoon-kehitetaan-uusia-sahkoisia-palveluja

Suomen virallinen tilasto. 2015. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. ISSN=2341-8699. Helsinki. Tilastokeskus. Luettu 25.3.2016. http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi_2015_2015-11-26_tie_001_fi.html

Sähköisen asioinnin viitearkkitehtuuri. 2013. Versio 1.0. JulkiCT. Valtiovarainministeriö.

Talousarvio 2016 ja taloussuunnitelma 2017-2019. 2015. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Julkaisusarja C:8.

Tekniikan sanastokeskus. 2008. Luettu 17.10.2015. <http://www.tsk.fi/cgi-bin/netmot.exe?Ul=figr&height=156&qfind=s%C3%A4hk%C3%B6inen+asiointi>

Tiihonen, T. 2014. Teknologialla tehoa terveydenhuoltoon. Kauppalehti 18.8.2014, B16.

Tuura, S. & Holappa, K. & Huttunen, M. & Pekkala, T. 2010. PaKaste. Pohjoisen alueen Kaste. Perusterveydenhuollon kehittäminen. Raporttikooste.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä. PS-kustannus.

VM 2015. Sähköiset palvelut. Valtiovarainministeriö. Luettu 17.10.2015. <http://vm.fi/sahkoiset-palvelut>

Ylisirniö, P. 2011. Strategian mittaaminen. Helsinki. WSOYpro.